

《外来問診表》

氏名 _____ 職業（現在） _____ (以前) _____

1. 今日はどうのような症状（理由）で受診されましたか？		
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 吐き気
<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 動悸（不整脈）	<input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 呼吸苦
	<input type="checkbox"/> 頭部打撲	<input type="checkbox"/> 健診異常
		<input type="checkbox"/> 物忘れ
		<input type="checkbox"/> 意識消失
2. 既往歴（今までにかかった病気、いつ頃か）についてお伺いします		
下記の疾患を指摘されたことはありますか？		
高血圧	<input type="checkbox"/> あり 年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
心疾患	<input type="checkbox"/> あり 年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり 年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
脂質異常（コレステロール・中性脂肪）	<input type="checkbox"/> あり 年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
喘息	<input type="checkbox"/> あり 年齢 _____	
出生から現在まで、病気や怪我をして手術や入院をしたことがありますか？		
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____
お薬手帳はお持ちですか？		
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（お持ちの方は、看護師に渡してください）	
3. アレルギーはありますか？		
<input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬（ _____ ）	
	<input type="checkbox"/> 食べ物（ _____ ）	
	<input type="checkbox"/> その他、花粉症など（ _____ ）	
4. 生活習慣についてお訊ねします		
【喫煙】		
<input type="checkbox"/> 吸ったことがない		
<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた（ _____ ）歳 ～ （ _____ ）歳 _____ 本/日		
<input type="checkbox"/> 吸う（1日 _____ 本、 _____ 歳から現在）		
【飲酒】		
<input type="checkbox"/> 飲まない		
<input type="checkbox"/> 飲む（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 付き合い程度）		
飲酒量（ビール _____ ml/日 日本酒 _____ ml/日 焼酎 _____ ml/日）		
5. あてはまるものに印をつけてください		
刺青やアートメイクはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
カラーコンタクトレンズを装着していますか？	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
現在、妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
両親・子供・兄弟で脳や心臓の病気・糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいますか？		
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ _____ ）		
本日は、どなたと受診されていますか？ <input type="checkbox"/> 家人（配偶者・子供・兄弟） <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> 1人		