

内科 初診問診票

西暦 20 年 月 日

*[個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

氏名 _____ 男・女 () 才 職業 (過去も含) _____)
 身長 () cm 体重 () kg 体温 () 度

1. 今日は何の様な症状で来院されましたか？

2. その症状はいつ頃からですか？

3. その症状で他の医療機関に通院していますか？

- 1) なし
- 2) あり→病院名 () 受診日 (年 月 日)
 紹介状をお持ちですか？: あり ・ なし
 そこでは何と言われましたか？ (治療内容等) _____)

4. 現在を含め、1週間以内に発熱や呼吸器に関する症状がありましたか？

- 1) なし
- 2) あり→いつから、どのような症状ですか？ () _____)

5. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？

- 1) なし
- 2) あり→ 病名 () 年 月頃 病院名 ()
 病名 () 年 月頃 病院名 ()
 手術 () 年 月頃 病院名 ()

6. 現在治療中、通院中の病気はありますか？

- 1) なし
- 2) あり→病名 () 年 月頃 病院名 ()
 治療内容 () _____)

7. ご家族で以下のような病気にかかった方はいますか？ *該当するものに○印を付けてください

- (癌 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他: _____)

8. 2ヶ月以内の海外渡航後、ご本人または身近な方に発熱・下痢などの症状がありますか？

- 1) なし
- 2) あり→ ご本人 ・ 身近な方: _____ 渡航先国名: _____

9. アレルギーはありますか？

- 1) なし
- 2) 不明
- 3) あり→薬品アレルギー () 症状 ()
 食品アレルギー () 症状 ()
 その他: 喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ ゴム ・ 金属 () _____)

10. 現在処方されている・服用している薬はありますか？

*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。
 お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。

- 1) なし
- 2) あり→薬 () _____)
 (回/日) (年 月頃~服用)

11. 生活習慣についてお尋ねします。該当するものに○印を付けてください。

- 1) 便通 → 回/日 普通 ・ 下痢 ・ 便秘
- 2) 排尿 → 回/日 夜間特に多い 夜 () 回
- 3) アルコール→ 飲まない 飲む (時々 ・ 回/週 ・ 毎日 種類: _____ 量: _____ ml)
- 4) 喫煙 → 吸う 1日 本 才から 吸わない (以前吸っていた 本/日 才頃やめた)

12. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？

- 1) なし
- 2) あり→受診時期 (年 月頃) 指摘事項 () _____)

13. 女性の方へ 現在、妊娠の可能性は？

- 1) なし 閉経 (才)
- 2) あり→妊娠 _____ 週 最終月経 (年 月 日)
- 3) 不明

独立行政法人国立病院機構村山医療センター・外来

(職員記入欄) ID: _____