

記載日： 年 月 日

外来問診票

記入者： 関係：

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に研修医等の同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。 同意します 同意しません

ID 診療科

氏名 年齢

身長 cm 体重 kg 体温 度 血圧 / mmHg 脈拍 回

1. あなたの症状をご記入ください。 (頃より)

2. 他の病気を教えてください。

高血圧 腎臓病 糖尿病 心疾患 リウマチ 呼吸器疾患 肝臓疾患

前立腺肥大 婦人科疾患 がん 脂質異常症 認知症

その他 (.....

3. 手術を受けたことはありますか いいえ はい (部位

4. 輸血を受けたことがありますか いいえ はい (いつ頃

5. 内服中の薬はありますか いいえ はい

お薬手帳をお持ちでない方は、薬剤名をご記入ください (.....

6. 薬のアレルギーはありますか いいえ はい (.....

7. 食品のアレルギーはありますか いいえ はい (.....

8. 喫煙はしていますか いいえ はい (本/日・年間) (.....) 年前まで吸っていた

9. 飲酒はしていますか いいえ はい (週.....日) 種類 (...../1日量.....mL)

10. 物忘れが増えた、お金の管理が難しい等の症状がありますか いいえ はい

11. 感染症について

1) 7日前から現在まで 37.0度以上の発熱がある (あった) いいえ はい

2) 7日前から現在までかぜ症状がある (あった) いいえ はい

咳/のどが痛い/体のふしぶしが痛い/味やにおいがわかりにくい/体がだるい

3) 1か月以内の渡航歴はありますか いいえ はい (国名

4) コロナワクチン接種歴について、教えてください (日付はわかる範囲で構いません)

受けていない 受けている 最終接種日 () 回目： 年 月

12. 女性の方へ 妊娠について している 可能性がある 妊娠していない

月経について 順調 不規則 無月経 閉経

13. この半年の間に転んだ経験はありますか いいえ はい

可能な限りご記入お願いいたします

1. 病状説明時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
氏名	関係	☎

2. 同居されている家族について教えてください。

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他（詳細： _____）

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済（要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当）

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

地域包括： _____ 事業所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ： _____ 事業所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない（誰に聞いて貰いますか： _____）

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

.....
.....

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

.....
.....

8. 臓器提供意思表示カードをお持ちですか？

いいえ はい

下記をお読みいただき、必ずご記入ください

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意します 同意しません マイナンバーカードを持っていません

※「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定において、マイナンバーカード
保険証を利用した場合は2点、利用しない場合は6点となります。

※ご不明なことは受付にお問合せください