

内科外来問診票

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 女

身長： _____ cm 体重： _____ kg

1. これまで病気やけがをしたことがありますか？ なし

(_____ 歳) (_____)

2. これまでに手術を受けたことがありますか？ なし

(_____ 歳) (_____)

3. ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？ それはどなたですか？ ()内にご記入ください。

いない

高血圧 () 糖尿病 () 心疾患 () 精神疾患 ()

脳血管疾患 () 膠原病 () がん ()

その他 ()

4. 現在、あなたが受診している（かかりつけ）医療機関を教えてください。 なし

病院名：当院・他院 (_____) → 薬 あり なし

病院名：当院・他院 (_____) → 薬 あり なし

病院名：当院・他院 (_____) → 薬 あり なし

5. 内服中の薬を教えてください なし あり (_____)

お薬手帳はお持ちですか なし あり

6. アレルギーはありますか (薬) なし あり (_____) (食べ物) なし あり (_____)

(喘息) なし あり

(その他 _____)

7. 日常生活についてお尋ねします

喫煙は なし あり (_____ 本/日・年間)

(_____) 歳～ (_____) 歳まで吸っていた (_____) 歳～現在も吸っている

飲酒は なし あり (週 _____ 日) 種類 (_____ /1日量 _____ ml)

排便回数： (_____ 回/日) 睡眠： 良い 悪い

8. 女性の方へ 妊娠していない 妊娠している (妊娠 _____ か月) 不明

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択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. 世帯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 その他家族有り

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

かかりつけ医 : _____ ☎ _____

地域包括 : _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ : _____ 事務所 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、あなたほ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

ご希望 : _____

.....

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. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

.....

.....

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください