

外来問診票（大人用）

ご記入日：平成____年____月____日

フリガナ

大正

昭和

お名前： _____ (男・女) 生年月日：平成____年____月____日

〒 _____ 住所 _____

電話 _____

年齢：____歳 身長____cm 体重____kg 今日の体温：____℃

1. 本日来院された目的や希望をお伺いします

1) いつからどんな症状がありましたか？

2) 来院された目的やご希望についてお書きください

() 症状を和らげてほしい

() 診断を希望する

() 治療を希望する

() その他： _____

2. 現在、治療中の病気はありますか？

() いいえ

() はい 病気の名前： _____

3. 現在飲んでいる薬はありますか？

() いいえ

() はい 薬の名前： _____

4. これまでかかったことのある病気やけがについてご記入ください (○をつけて下さい)

() 狭心症・心筋梗塞など心臓血管系の病気 () 肺・気管支など呼吸器系の病気

() 胃腸や肝臓・膵臓など消化器系の病気 () 脳梗塞・脳出血など能・神経系の病気

() 糖尿病 () 高脂血症 () 関節リュウマチなど骨・関節系の病気

() 大きなけが

() その他 _____

うらへ

外来問診票

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい いつごろ：_____

手術・病気の名前：_____

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応や薬の副作用がでたことがありますか？

いいえ

はい 具体的に：_____

7. 嗜好についてお伺いします

1) アルコール 記入例：日本酒 1日1合を週4日程度、毎日、付き合い程度

飲む 具体的に：_____

飲まない

2) タバコ

吸う：1日 本を 年間

吸っていた： 歳まで 1日 本を 年間

吸わない

8. 女性の方にお伺いします。(薬やX線撮影の際に参考にします)

妊娠していない 妊娠している わからない

授乳中

9. その他、なにか医師に伝えておくことがあれば、記載してください

*当院を何で知りましたか？

ホームページを見て 病院紹介サイトを見て 看板を見て 友人知人の紹介

家族がかかっていたから 近くに住んでいるから その他

10. 漢方薬処方のための健康調査に関する質問です（希望者のみ）。

今までに飲んだ漢方薬

以下の質問で

当てはまるものには○、特にひどいものは◎、どちらかと言えば当てはまる場合には△をつけてください。当てはまらない場合にはそのままにもつけないでおいてください。

【食欲】食欲はある（ ）ふつう（ ）あまりない（ ）いつも食欲がない（ ）

【睡眠】よく眠れない（寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝早く目が覚める）
夢をよく見る（ ）

【小便】1日に（ ）回位、夜間に（ ）回位、1回量が多・普通・少、
排尿困難（ ）尿もれ（ ）夜尿症（ ）

【大便】（ ）日に（ ）回位、硬い（ ）ころころしている（ ）
普通（ ）軟らかい（ ）下痢（ ）出にくい（ ）痔がある（ ）
脱肛（ ）出血（ ）下剤を服用しているならその名称（ ）

【あたま】頭痛（ ）頭重（ ）めまい（ ）立ちくらみ（ ）
ふけがでやすい（ ）髪が抜けやすい（ ）

【目】視力低下（ ）目が疲れる（ ）目がかすむ（ ）目がしょぼしょぼする（ ）
目のクマができる（ ）

【耳】耳鳴り（ ）耳閉感（ ）難聴（ ）耳だれ（ ）

【鼻】くしゃみ（ ）鼻汁（ ）（白黄）鼻汁がのどにおりる（ ）鼻づまり（ ）

【口腔】口が苦い（ ）生唾がでる（ ）のどが痛む（ ）のどがつかえる（ ）
のどが渇く（ ）口の中が乾燥する（ ）唇が乾く（ ）水分をよくとる（ ）

【胃腸】ゲップ（ ）胸やけみ（ ）ぞおちがつかえる（ ）嘔気（ ）嘔吐（ ）
乗り物酔い（ ）腹が張る（ ）腹がゴロゴロ鳴る（ ）
ガスがよく出る（ ）食後眠くなる（ ）腹痛（空腹時・食後、上腹部・下腹部）

【胸部】咳痰（ ）（白黄）喘鳴（ ）息切れ（ ）動悸（ ）胸痛（ ）

【手足】手がこわばる（ ）足に力が入らない（ ）足がふらつく（ ）足がつる（ ）しもやけがで
きる（ ）

【精神状態】気分が憂うつになる（ ）もの忘れをする（ ）イライラする（ ）

【皮膚】皮膚がかさかさする（ ）皮膚のかゆみ（ ）にきび（ ）しみ（ ）
じんましん（ ）いぼ（ ）水虫（ ）爪がもろい（ ）

【その他】疲れやすい（ ）汗をかきやすい（ ）寝汗（ ）のぼせ（ ）暑がり（ ）寒がり（ ）
性欲の減退（ ）インポテンツ（ ）

こる（首 肩 背中 腰 その他）

痛む（手 足 肩 膝 腰 その他）

しびれる（手 足 その他）

ふるえる（手 足 その他） 図で症状のあるところに

冷える（手 足 腰 全身 その他） ○印をつけてください

ほてる（顔 手 足 その他）

むくむ（顔 手 足 その他）

【好きな飲食物】甘いもの（ ）塩辛いもの（ ）辛いもの（ ）すっぱいもの（ ）
油っこいもの（ ）冷たいもの（ ）温かいもの（ ）

肉魚（焼・煮・刺身） 野菜（生・温） 海藻 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料

【嗜好品】 アルコール：飲まない飲む週に()日アルコールの種類と量()

タバコ：吸わない()吸っていた()才～()才まで

吸っている()才から()本/日

コーヒー・紅茶・日本茶・その他()1日()杯

【家族構成】 未婚・既婚同居人(配偶者 父 母 祖父 祖母 兄 弟 姉 妹 子供

その他()

【月経】(女性のみ)初経()才閉経()才最終月経()月()日

妊娠の可能性(なし・あり)

順・不順月経周期()日、出血期間()日、出血量(多・普通・少)、おりもの()

ピル内服()

月経痛()排卵痛()分娩()回自然流産()回人工流産()回

妊娠中毒症()

その他、気になる症状があればお書きください