

患者ID:

生年月日:

年齢:

カナ:

氏名:

性別:

診療科:

## 外来共通問診票

診療の際、重要な情報になりますので、下記の質問に可能な範囲でお答えください。  
 ( ) 内に記入、もしくは当てはまるものに○をつけてください。

医療者  
記入欄

A

T

N

記入日 西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日

記入者氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

\*本人以外が記入した場合: 名前 ( ) 関係 ( )

1. 現在の身長 ( ) cm、体重 ( ) kg

\*医療者記入 BMI (19未満/19以上21未満/21以上23未満/23以上)

2. 今までにかかった病気やけが、また、手術の有無や方法などを教えてください。

( ) 歳	病名 ( )	手術 (無・有/方法)	( )
( ) 歳	病名 ( )	手術 (無・有/方法)	( )
( ) 歳	病名 ( )	手術 (無・有/方法)	( )
( ) 歳	病名 ( )	手術 (無・有/方法)	( )
( ) 歳	病名 ( )	手術 (無・有/方法)	( )

かかりつけ医 なし あり ( )かかりつけ歯科 なし あり ( )

3. 現在使われている治療薬 (内服・注射等) を教えてください。

あり 全部で 種類 / なし

お薬手帳はお持ちですか? (あり・なし)

薬剤名

4. あなたの親族について教えてください。

また、病気・亡くなられている場合は詳細を教えてください。

父	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳
母	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳
他	: 病気: なし・あり ( )	死因 ( )	/	歳

血縁者に大腸がん、子宮体がん になった人がいますか はい いいえ  
 血縁者に乳がん、卵巣がん になった人がいますか はい いいえ

\*現在、同居されている方を教えてください。 ( )

\*生活の中であなたが一番頼りにしている方はどなたですか。 ( )

5. 何かアレルギーはありますか？（あり ・ なし）

2 / 5 ページ

ゴム類・金属類・アルコール類  
食物（卵・乳製品・小麦・そば・青魚・甲殻類・貝類・果物類  
その他：  
薬剤・注射（薬品名：

6. 検査の際に配慮する点についてお聞きします。

1) 身体の中に人工物や金属類がありますか？（あり ・ なし）  
脳クリップ／心臓ペースメーカー／心臓人工弁／人工内耳／人工関節／人工骨頭  
シャント／金糸／ステント／プレート／義眼／刺青／眉墨／インプラント  
その他（

2) 狭い所や高い所が怖いなどの症状がありますか？（あり ・ なし）  
（高所恐怖症／閉所恐怖症／暗所恐怖症／先端恐怖症／その他

7. 生活についてお尋ねします。

1) 主な職業歴を教えてください。 現在（ /無職）  
これまでの職業（ ） 歳まで  
\*アスベストを使用する職業に従事、アスベスト作業所の近くに  
住んでいたことはありますか？  
(はい・いいえ)

2) たばことアルコールについて  
たばこは（吸わない／吸っていたがやめた／現在も吸っている）  
\*喫煙は1日（ ）本程度、（ ）歳～（ ）歳まで  
アルコールは（飲まない／時々飲む／習慣的に飲む）  
\*（種類）を1日（ ml/合）程度

3) 宗教上、特定の医療行為（輸血など）が受けられないなどがありますか？  
(あり・なし)  
(具体的内容：)

8. ここ1か月で歯科受診をされましたか？

なし あり （ 歯科医院名： )

口腔内のことで気になることがありますか？

なし あり  
痛み 腫れ 出血 口内炎 歯のぐらつき 義歯の調整  
その他（ )

9-1) ここまでどうやって来ましたか？

( 自家用車 ・ 公共交通機関 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ 自転車 )  
 どなたか付き添って来られましたか？ (一人で・家族と )

9-2) 身体に不自由な部分や障がいがありますか？ (あり・なし)

手 ( ) 足 ( ) 耳 ( ) 眼 ( )  
 鼻 ( ) 口 ( ) 皮膚 ( ) その他 ( )

9-3) 自力で歩けますか？番号に○をつけてください。

1 : 寝たきりまたは車椅子を常に使用

2 : ベッドや車椅子から離れられるが、歩いての外出は不可

3 : 自由に歩いて外出できる

9-4) 過去3ヶ月間で、**体重が減りましたか？**

(3kg以上の減少 / わからない / 1~3kgの減少 / 体重変化なし / \_\_\_\_kg増量)

9-5) 過去3ヶ月間で食欲不振、胃腸などの消化器系の問題、そしゃく(嚙みにくさ)・

嚥下困難(飲み込みにくさ)などで**食事量が減りましたか？**

著しい食事量の減少 / 中程度食事量の減少 / 食事量の減少なし

9-6) 最近、**気分が落ち込んで**、今まで楽しめたことがおっくうになっていませんか？

( 頻繁に落ち込む / 時々落ち込む / 問題なし )

9-7) 最近、以前と比べて**うっかり物忘れ**などはありませんか？

( あり / 時々 / なし / わからない )

9-8) 同年代の人と比べて自分の**健康状態**をどう思いますか？

( よくない / わからない / 同じ / 良い )

10. 女性の方へのお尋ね

1) 現在**妊娠の可能性**はありますか？ ( あり・なし )

ある場合、出産予定日をご記入ください。 ( 年 月 日 )

2) 初経 ( 歳 ) 最終月経 ( / ) 閉経 ( 歳 )

3) 妊娠歴 なし あり ( 妊娠 回 出産 回 )

11. 男性の方へのお尋ね

生殖機能の障害はありますか なし あり

ご協力ありがとうございました。後ほど看護師がお話をお伺いします。  
 何か心配なことや気になっていることがあればお気軽にお聞きください。

患者ID:

生年月日:

年齢:

カナ:

氏名:

性別:

診療科:

## 小児科問診票

受診されるお子さんのお名前 ( ) 愛称 ( )

記入される方のお名前、続柄 ( )

1. 来院された理由は何ですか？症状や気になることなどをお書き下さい。またその症状はいつ頃から始まりましたか？

[ ]

2. 当院の前に別の病院を受診されましたか？ ( 受診した ・ 受診していない )

病院名： 受診された日：

何という病気と診断されましたか？：

どのような治療を受けましたか？：

3. 別の病院で入院や通院をしたことがありますか？ ( ある ・ ない )

ある場合は病名や治療内容、時期をお書き下さい。

[ ]

4. お子さんの出生についてお尋ねします。

①妊娠中に何か問題がありましたか？ ( ある ・ ない )

(例：妊娠中毒症 )

②出生時の状況についてお尋ねします。

分娩の種類はどちらですか？

( 正常分娩 ・ 帝王切開 )

出生 ( ) 週 ( ) 日で出産 出生体重 ( ) g

③分娩の際に問題はありましたか？

( )

④出生後に何か問題がありましたか？ ( ある ・ ない )

(例：低出生・黄疸 )

5. 薬はどの形状で飲めますか？

錠剤 ・ カプセル剤 ・ 散剤 ・ 水剤

6. 就学状況を教えてください。

未就学 ・ 保育園 ・ 幼稚園

小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ( ) 年生

7. 予防接種及び既往歴について、表の該当する所に○を記入し、これまでに罹患（かかった）場合はその年齢を書き込んで下さい。

BCG	未接種	接種済み		
三種混合	未接種	接種済み	回済み	
ポリオ（生ワクチン）	未接種	接種済み	回済み	
四種混合	未接種	接種済み	回済み	
Hib	未接種	接種済み	回済み	
肺炎球菌	未接種	接種済み	回済み	
日本脳炎	未接種	接種済み	回済み	
MR（麻疹・風疹）ワクチン	未接種	接種済み	回済み	
麻疹（はしか）	未接種	接種済み	回済み	罹患あり 歳
風疹（三日はしか）	未接種	接種済み	回済み	罹患あり 歳
水痘（みずぼうそう）	未接種	接種済み		罹患あり 歳
ムンプス（おたふくかぜ）	未接種	接種済み		罹患あり 歳
その他のワクチン：（フリーハンドで記入）				