外来患者さん共通問診票　３番窓口用（本院初診）

信州大学医学部附属病院

ＩＤ							

記入日	年　　月　　日

氏名		年齢	歳	性別	男・女	ご職業	

患者さんの携帯電話番号（　　-　　-　　）

＊携帯電話がない場合、連絡可能なご家族の携帯電話番号（続柄：　　）

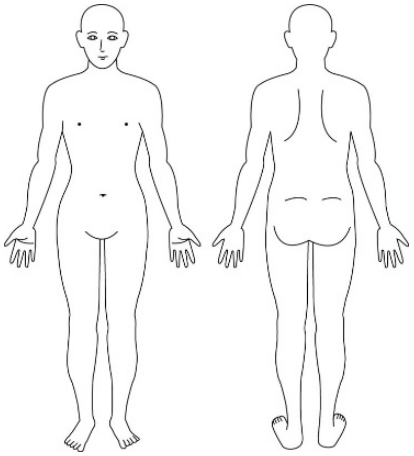
（　　-　　-　　）

身長、体重がおわかりの方はご記入ください。

身長	cm	体重	Kg

1．どのような症状がいつごろからあるか教えてください。または今回の受診のきっかけを教えてください。

必要な場合は該当部に○をつけてご利用ください



2．今までにかかった病気・ケガ、現在治療中の病気について

年月日	年齢	病気・ケガ	治療内容（手術など）	内服薬	医療機関名
				無・有	
				無・有	
				無・有	
				無・有	

3．現在服用している薬はありますか

□なし

□あり　（□のみ薬　　□外用薬（ぬり薬、目薬、貼り薬など）　□注射薬）

お薬手帳の持参（□あり　□なし）　　薬剤の持参（□あり　□なし）

薬品名をご記入ください

（　　）

4．アレルギーについて　□なし　□あり

（薬　　：　　）

（食品　：　　）

（その他：　　）

<裏面もご記入ください>

5. 喫煙について　□喫煙経験なし

□以前あり　（1 日　　本、　　歳～　　歳）

□現在あり　（1 日　　本、　　歳～　　歳）

6. 飲酒について　□なし　□あり（頻度・種類欄記入要）　□機会があるときだけ（頻度・種類欄記入要）

飲酒頻度：□毎日　□週２～３回　□週１回　□その他（　　）

（飲酒種類　　飲酒量　　、　　歳～　　歳）

（飲酒種類　　飲酒量　　、　　歳～　　歳）

（飲酒種類　　飲酒量　　、　　歳～　　歳）

7. 今までに輸血を受けたことがありますか　□なし　□あり（　　歳頃）

8. 今までに鍼（はり）治療をしたことがありますか　□なし　□あり（　　歳頃）

9. 今までに刺青（いれずみ）をしたことがありますか　□なし　□あり

10.　6 か月以内に海外へ行きましたか（感染症問診）　□いいえ　□はい（場所：　　）

11. 以下にあてはまる方はチェックをつけてください

□車イス使用　□つえ使用　□酸素使用　□話すのが不自由

□耳が聞こえにくい（〇をつけてください：　（両・右・左）　・　補聴器使用（有・無）　）

□眼が見えにくい　（〇をつけてください:　（両･右･左）　）　□その他の障害（　　）

12. 過去 1 年以内に転んだことがありますか　□いいえ　□はい

13.【女性の方のみ】　現在妊娠の可能性がありますか　□いいえ　□はい　□不明

14. 現在、一緒にお住まいのご家族を教えてください

（　　）

15. 本日どなたかと一緒に来院されていますか　□いいえ　□はい（続柄　　）

16. 配慮してほしいこと・伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記入いただき、ありがとうございました

スタッフ記入欄　　初回記入の診療科（　　）								
1 回目追記	記入日	診療科	2 回目追記	記入日	診療科	3 回目追記	記入日	診療科
	年　月　日			年　月　日			年　月　日	