外来患者さん共通問診票

信州大学医学部附属病院

ＩＤ							

記入日	年　　月　　日

氏名		生年月日	年　　月　　日	年齢	歳	性別	男・女
ご職業							

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　□はい　□いいえ

本日は他の医療機関からの紹介状（診療情報提供書）を持参されましたか　□はい　□いいえ

患者さんの（携帯）電話番号（　　-　　-　　）

＊上記番号につながらない場合、連絡可能な電話番号（お名前：　　ご関係：　　）

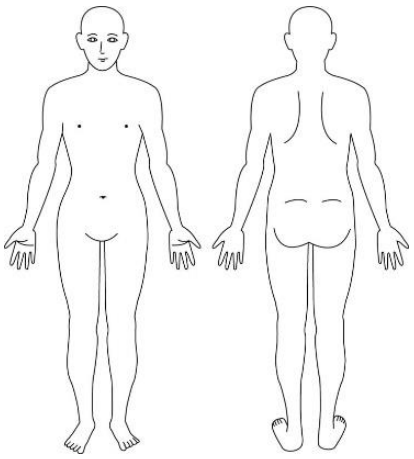
（　　-　　-　　）

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



どのような：

いつごろ：

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．現在使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. 1 年以内に健診（特定健診または高齢者健診）を受けましたか　□はい　□いいえ

（受診時期：　　年　　月頃　　指摘事項：　　）

8. 今までに輸血を受けたことがありますか　□なし　□あり（　　歳頃）

9. 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）

10. 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

11. 6 か月以内に海外へ行きましたか（感染症問診）　□　はい（場所：　　）　□いいえ

12. 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（　　）

13. 過去 1 年以内に転んだことがありますか　□はい　□いいえ

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

15. 現在、一緒にお住まいのご家族を教えてください

（　　）

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

17. 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

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※　当院は医療情報取得加算の算定医療機関です。

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	