

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

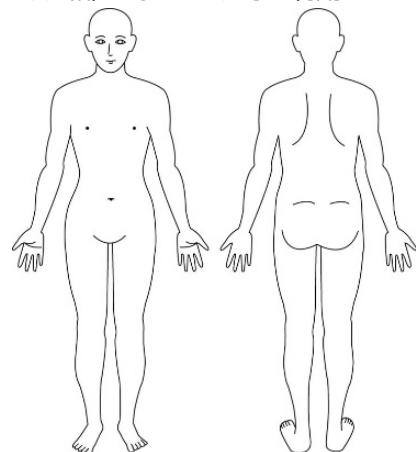
患者さんの（携帯）電話番号（ ）

*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



いつごろ：

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	

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 、 歲～ 歲)

(飲酒種類 飲酒量 、 歲～ 歲)

(飲酒種類 飲酒量 、 歲～ 歲)

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 週 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 (歳数)

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）：（画：右：左）　　：　補聴器使用（有：無）

□ 眼が見えにくい (口をつけなくてください) : (靈・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、一緒に住まいの「家族」教えてください

16. 条目などをまとめて複数の文書に複数回登録する場合は、はい 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、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	記入日	診療科	2回目	記入日	診療科	3回目	記入日	診療科
追記	年　月　日		追記	年　月　日		追記	年　月　日	