

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（ - - ）

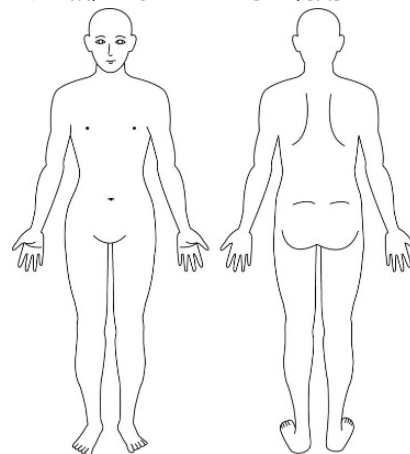
*上記番号につながらない場合、連絡可能な電話番号（お名前： 関係： ）
（ - - ）

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
必要の場合は該当部に○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(○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(○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が ☐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 年 月 日	診療科	2回目 追記	記入日 年 月 日	診療科	3回目 追記	記入日 年 月 日	診療科