

外来問診票

2024.12.1 改訂

ふりがな

氏名： _____

【1】 今一番お困りのことは何ですか？ _____

【2】 いつから、どのように具合が悪くなりましたか？症状が出るきっかけはありますか？

_____ 年 _____ 月頃より、

【3】 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

〈 はい ・ いいえ 〉

【4】 現在、他の医療機関へかかっていますか？

病院・診療所（通院・往診）

（いつから受診しているか、治療内容など） _____

【6】 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

〈 はい ・ いいえ 〉

【7】 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？（薬品または食品名、症状） _____

【8】 現在、処方されている薬はありますか？ 〈 はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します 〉

※ 注1 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内のお薬のみ、お書きください。

薬剤名

用量

投薬期間

【9】 今までに入院や通院をしたことがありますか？（大きなけが、病気を含む）

いつ頃

どんな病気やけが

治療内容(手術、服薬のみ等)

医療機関名

(入院・通院)

病院・診療所

(入院・通院)

病院・診療所

(入院・通院)

病院・診療所

【10】 (女性の方のみ)妊娠中 または授乳中ですか？

〈 はい ・ いいえ 〉

(妊娠中の方のみ)妊娠週数

〈 _____ 週 〉

【11】 この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか ※2

〈 はい ・ いいえ 〉

※ 注2 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能です。

受診時期

指摘事項

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。

◆医療情報取得加算（初診時） 加算：1点
（再診時） 加算：1点

禁煙治療に関する問診票

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

☐ 吸う ☐ やめた（ 年前/ ヲ月前） ☐ 吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q2. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日（ ）本

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？（ ）年間

Q4. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

- ☐ 関心がない
☐ 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
☐ 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない
☐ 直ちに禁煙しようと考えている

Q5. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加）		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
問10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
合 計		

Q6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

☐ はい ☐ いいえ

氏 名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

喫煙状況に関する問診票

氏 名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Q1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？

(_____ 本)

Q2. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？

☐ 5分以内 ☐ 6～30分 ☐ 31～60分 ☐ 61分以上

Q3. 今までタバコをやめたことがありますか？

☐ ある (_____ 回、最長 _____ 年間/ _____ カ月間/ _____ 日間)

☐ なし

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか？

(_____ 歳)

Q5. タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

(_____ %)

Q6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

☐ はい→ (続柄 _____) ☐ いいえ

Q7. 現在、気になる症状はありますか？

--

Q8. 現在、治療中の病気はありますか？

--