

# 外来問診票

2024.6.1 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1：3点 加算2：1点(マイナ保険証を利用した場合)  
(再診時) 加算3：2点 加算4：1点(マイナ保険証を利用した場合)

■ 今までのご生活歴について お聞きします。

【12】 ご出身地はどちらですか？ \_\_\_\_\_ 都・道・府・県 \_\_\_\_\_ 市・区・町・村

【13】 ごきょうだいを上から順にご記入ください。ご健在の方に○をつけてください。  
(記入例(○)兄・姉・本人(○)弟・妹)

【14】 今までのご職業についてお答えください。

現在の職業 \_\_\_\_\_ ( )歳から  
以前の職業 \_\_\_\_\_ ( )歳から( )歳  
\_\_\_\_\_ ( )歳から( )歳  
\_\_\_\_\_ ( )歳から( )歳  
最終学歴 \_\_\_\_\_ 卒業 ・ 中退

【15】 ご結婚歴についてお答えください。

現在： 独身 ・ 既婚 今までに： 離婚 ( 回 / 再婚 / 死別 )

結婚時期： 昭和 / 平成 / 令和 年 月 ( 歳のとき)

【16】 お子様はいらっしゃいますか？ 上から順に性別をご記入ください。

【17】 嗜好について お答えください。

たばこ 吸わない ・ 吸う ・ 以前吸っていた ( 本 / 1日 歳から 歳まで)

お酒 飲まない ・ 飲む ・ 以前飲んでいた ( 杯 / 1日 歳から 歳まで)

【18】 ご趣味についてお答えください。 \_\_\_\_\_

【19】 どのような性格ですか？ \_\_\_\_\_

【20】 今後の希望についてお答えください。

入院を希望する 通院にて治療したい デイケアを利用したい

訪問看護を利用したい その他( )

■ 以下は、対象の方のみ ご回答ください。

【21】 介護保険は申請されていますか？ ( はい ・ いいえ ) 要支援( ) 要介護( )

【22】 利用中の介護サービスはありますか？ デイサービス ショートステイ

訪問看護 訪問介護 その他( )

【23】 可能であれば 担当ケアマネージャーを教えてください。 \_\_\_\_\_

★ ご回答ありがとうございました。