

外来問診票

お名前：

【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】 それらの症状について、ほかの医療機関にかかったことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
医療機関名 _____ 通院されていた時期 _____

_____ 病院・診療所 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月頃

_____ 病院・診療所 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月頃

_____ 病院・診療所 _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月頃

【4】 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？ある ・ ない 〉

(薬品または食品名)

【5】 今飲んでいる薬はありますか？

(例：便秘薬、降圧剤等)

【6】 今までに体の病気やけがで入院や通院をしたことがありますか？

いつ頃	どんな病気やけが	医療機関名
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所
_____ 歳頃	_____	_____ (入院・通院) 病院・診療所

【7】 かかりつけ医はどちらですか？ _____ 病院・診療所 (通院 ・ 往診)

裏へ続く

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

【9】 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 () 本人 (○) 妹 ())

【10】 今までのご生活歴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
最終学歴 _____ 卒業 ・ 中退

【11】 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 年 月 (歳のとき)

【12】 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。

【13】 嗜好品はありますか？

たばこ 吸わない ・ 吸う (本 / 1日 歳から 歳まで)

お酒 飲まない ・ 飲む (杯 / 1日 歳から 歳まで)

【14】 ご趣味についてお答えください。

【15】 もともとはどのような性格ですか？ _____

----- ※以下は物わずれ外来受診の方のみご記入下さい。 -----

【16】 介護保険は申請されていますか？ (はい ・ いいえ)

【17】 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 ()

【19】 介護保険証の内容についてお答えください。

要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

担当ケアマネージャー: _____

【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 ()

ご協力ありがとうございました。
京都ならびがおか病院