

外来問診票（一般）

記入日 西暦 年 月 日

氏名 (歳) (男・女)

担当医 ()

※この枠内は看護師が記載します。

体温 () °C 脈拍 () 回/分 血圧 (/) mmHg 呼吸 () 回/分 SpO2 () %
身長 () cm 体重 () kg 付き添い なし・あり ()

◎本日はどこにどのような症状があり受診されましたか。

◎その症状はいつからですか。

◎この1週間でその症状が一番強い時はどれくらいの強さでしたか。最もあてはまる数字に○をつけてください。

全く
なかった



これ以上考え
られないほど
きつかった

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◎その症状の原因が何か考えられますか。

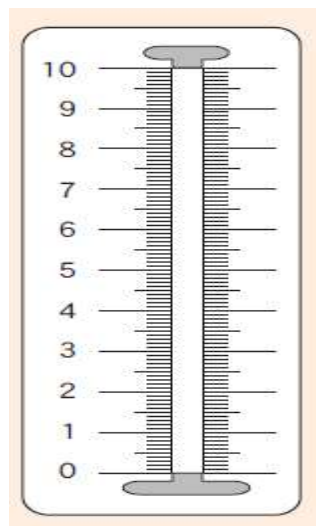
思いつく範囲 でお答えください。

◎この1週間で気持ちのつらさを平均して最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

最高に
つらい

中くらいに
つらい

つらさは
ない



□ない □ある→(病院名:) (病名:)

お薬手帳を持参されていない方はお薬の内容がわかれば下記にお書き下さい。

●サプリメントを飲んでいますか。 ☐いいえ ☐はい

☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐脳梗塞 ☐がん ☐喘息 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐結核
☐アトピー性皮膚炎 ☐結膜炎 ☐緑内障 ☐白内障 ☐前立腺肥大 ☐甲状腺疾患
☐下肢静脈瘤

手術（ ）いつ頃（ ） 病院名（ ）

☐ 高血圧 () ☐ 心臓病 () ☐ 糖尿病 () ☐ 脳疾患 () ☐ がん ()

☐ない ☐ある（原因：食物・薬剤・鼻炎・その他：_____）

□吸う（ 歳から 本/日） □やめた（ 歳から 歳 本/日） □吸わない

□飲まない □飲む（酒・ビール・焼酎・その他） 週に 目、 ml/目

女性ホルモン剤 (内服・外用) ☐あり ☐なし