

外 来 問 診 票 【太枠の中をご記入ください。問診票は2枚あります。】

ふりがな 氏 名		男 女	年齢 歳	職業
生 年 月 日	年 月 日	身長	cm	体 重 kg
日中繋がる連絡先 ① 携帯電話 自宅 会社		② 携帯電話 自宅 会社		

体温を測定し記入してください		※ こちらは医療従事者記入欄です。			
体温	℃	体温	血圧	脈拍	SPO2

下記の当てはまる項目に、☒チェックをご記入ください

【 いつから 】 今日 昨日 2日前 3日前 1週間前 その他（ ）

【 どのような症状がありますか？ 】

風邪症状	熱がある 咳が出る 鼻水が出る 痰が出る 喉が痛い 寒気 関節痛
	◆下記の検査をご希望されますか？ いいえ はい【検査結果が出てから診察を行います】 「はい」とお答えの方は下記の検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします 新型コロナウイルス インフルエンザ 溶連菌 アデノウィルス マイコプラズマ肺炎
腹部症状	腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 胃の調子が悪い 胃痛 食欲がない
胸部症状	胸痛 胸が苦しい 圧迫感 動悸 息苦しい
外科症状	痛みがある 怪我をした ◆部位はどこですか？（ ）
神経症状	脱力 しびれ ふらつき 感覚が鈍い 足がムズムズする 物忘れ
その他症状	頭痛 めまい だるい 血圧が高い 立ちくらみ 息切れ 湿疹 かゆみ
その他	健康診断 健康診断で異常があった アレルギー検査（血液検査のみ） 定期検査の予約

※ 上記の症状に当てはまらない場合は、こちらへご記入ください。

現在治療中の病気 または 過去に治療を受けた病気 はありますか？	ない	ある	※「ある」とお答えの方 糖尿病 高血圧症 心臓血管疾患（不整脈も含む） 肝臓疾患 高脂血症 脳血管疾患 緑内障 その他：
内服薬はありますか？	ない	ある	※「ある」とお答えの方（お薬手帳をお持ちの方はご持参ください） 薬剤名：

【 2枚目もご記入ください 】

手術を受けたことはありますか？	ない	ある	※「ある」とお答えの方は手術歴をご記入ください 例) 70歳 白内障手術 ○○眼科 など			
薬のアレルギーはありますか？	ない	ある	薬剤名 / どのようなアレルギー症状がありましたか？ (例) ロキソニン / 嘔吐・下痢 など			
食べ物のアレルギーはありますか？	ない	ある	食物名 / どのようなアレルギー症状がありましたか？ (例) りんご / 発赤・じんましん など			
紹介状はお持ちですか？	ない	ある	紹介元病院			
最近、海外に行きましたか？	いいえ	はい	渡航先		渡航期間	
食事をしましたか？	いいえ	はい	最後に食事をした時間 昨日 今日 時 分頃			
【女性の方へ】 妊娠の可能性はありますか？	ない	ある	妊娠中 () ヶ月 授乳中			
喫煙されますか？	いいえ	はい	「はい」とお答えの方 1日の量をお知らせください () 本			
飲酒されますか？	いいえ	はい	「はい」とお答えの方 1日の量をお知らせください () ml			
お住まいについて お尋ねします	施設 入居中	自宅	「自宅」とお答えの方は、同居されている方をお知らせください 配偶者 子供 孫 親 兄弟 その他 ()			
受診に付き添っている方は いらっしゃいますか？	いいえ	はい	「はい」とお答えの方は、ご関係をお知らせください 配偶者 子供 孫 入居施設職員・医療関係者 親 兄弟 その他 ()			
普段の移動について	歩行できる 杖・歩行器を使用 車いす 全介助（ストレッチャー） その他 ()					

【ご記入ありがとうございました。受付窓口へお渡してください】

2/2枚目

2026年1月更新

社会医療法人康和会 札幌しらかば台病院