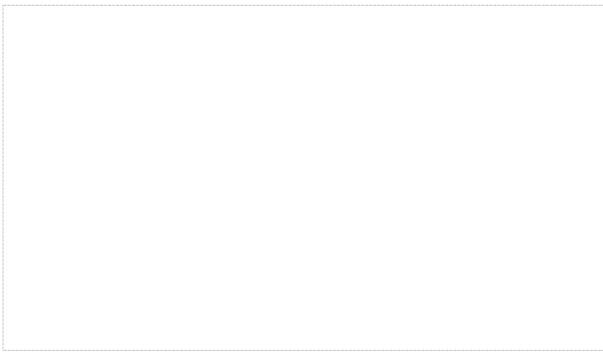


# 共通外来予診カード



【身長】 約 \_\_\_\_\_ cm

【体重】 約 \_\_\_\_\_ kg

【症状が出る前の体重】

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

約 \_\_\_\_\_ kg

- 記入については当院外来スタッフにお尋ねください。
- 記入後は、各外来の受付にご提出ください。

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

性別 男性 ・ 女性 出生地 \_\_\_\_\_

患者様本人以外の方が記入される場合、記入者続柄： \_\_\_\_\_

治療について一緒に話を聞いたり、身の回りの世話をしてくれる中心的な方は誰ですか。

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

1. 過去にがん・腫瘍と言われたことがありますか。

ない

ある \_\_\_\_\_ 歳の時 病名： \_\_\_\_\_

治療内容： \_\_\_\_\_

2. 外来へおいでになった理由と現在最も気になる症状についてご記入ください。

理由： \_\_\_\_\_

気になる症状：いつ頃から \_\_\_\_\_ どのような症状 \_\_\_\_\_

3. すでに他の病院で診察や検査を受けている方は以下の質問にお答えください。

1) いつどここの病院に行かれましたか。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 病院／医院

2) 診察や検査の結果、どのような診断や治療を受け、どのように医師から説明を受けましたか。  
以下にご記入ください。

4. 血のつながった家族または親戚の方で、がんや腫瘍性の病気になったことのある方がいらっしゃいましたら、続柄と病名をご記入ください。

父母、子、兄弟姉妹、祖父母、おじ・おば、甥・姪、孫の範囲を目安に、わかる範囲でお願いします。

ない

続柄	病名（がんの種類）	何歳頃診断されたか
_____	_____	_____歳

5. ここからは、今までにかかったことのある病気や現在も治療中の病気についてお聞きします。

病院が安全で良質な医療を提供できるようにするために、記載漏れ（空欄）がないようにご協力ください。なお、ひとつの質問に対して2つの病名の回答がある場合は、それぞれの内容がわかるようにご記入ください。記載欄が狭い場合は、余白をご利用ください。

1) 血圧が高いと言われたことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。\_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた（ ~ 歳頃） 現在かかっている（ 歳～）

③ 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容（種類、名称（医薬品等）、治療時期）を下記にご記入ください。

※治療の種類例：薬物療法、食事療法、他

2) 心筋梗塞、狭心症、心不全、不整脈などの心臓の病気にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。\_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた（ ~ 歳頃） 現在かかっている（ 歳～）

③ 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容（種類、名称（医薬品や医療機器等）、治療時期）を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例：薬物療法、医療機器（ペースメーカー等）、食事療法、他

3) 脳血管障害、脳梗塞、パーキンソン病など脳や神経の病気にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。 \_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

4) 肺血栓・塞栓症、深部静脈血栓症などの病気にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。 \_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法(抗凝固剤等)、他

5) 糖尿病にかかったことはありますか。

ない ある→①～②へ

① いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

② 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→③へ 現在も受けている→③へ

③ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、食事療法、運動療法、他

6) 喘息、肺気腫、肺結核、自然気胸などの病気にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。\_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

7) 腎臓の病気(腎機能障害)にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。\_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

8) 肝炎、脂肪肝などの肝臓の病気にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。\_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

9) **緑内障**にかかったことがありますか。

ない ある→①～②へ

① いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

② 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→③へ 現在も受けている→③へ

③ 治療内容 (種類、名称 (医薬品等)、治療時期) を下記にご記入ください。

※治療の種類例: 薬物療法、他

10) **変形性頸椎症、リウマチなどの筋・骨格の病気**にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。 \_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容 (種類、名称 (医薬品等)、治療時期) を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例: 薬物療法、手術療法、他

11) **バセドウ病などの甲状腺障害の病気**にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。 \_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた ( ~ 歳頃) 現在かかっている ( 歳～)

③ 治療は受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④へ 現在も受けている→④へ

④ 治療内容 (種類、名称 (医薬品等)、治療時期) を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例: 薬物療法、他

12) **前立腺肥大**といわれたことがありますか。(男性のみ記載)

ない ある→①～②へ

① いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた( ~ 歳頃) 現在かかっている( 歳～)

② 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→③へ 現在も受けている→③へ

③ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

13) **うつ病などの精神的に落ち込む病気**にかかったことがありますか。

ない ある→①～③へ

① その病名をご記入ください。 \_\_\_\_\_

② いつかかっていたか。現在かかっていますか。

過去にかかっていた( ~ 歳頃) 現在かかっている( 歳～)

③ 治療を受けましたか。あるいは受けていますか。

受けていない 受けた→④⑤へ 現在も受けている→④⑤へ

④ その治療を受けたのは、専門的医療機関(精神科、心療内科など)ですか。

専門的医療機関である(具体的に: 科) 専門的医療機関ではない

⑤ 治療内容(種類、名称(医薬品等)、治療時期)を病名毎に下記にご記入ください。

※治療の種類例:薬物療法、他

★この2週間、次のような問題にどのぐらい頻繁に悩まされていますか。

(該当するところに✓をつけてください)

全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

・物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない 0 1 2 3

・気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる 0 1 2 3

14) その他の病気がある場合や手術を受けたことがあれば記入してください。

★高脂血症歴 なし・あり( \_\_\_ ~ \_\_\_ 歳 治療歴 なし・あり(治療内容: \_\_\_\_\_))

★手術歴 なし・あり①( \_\_\_ 歳 病名: \_\_\_\_\_) ②( \_\_\_ 歳 病名: \_\_\_\_\_)

★輸血歴 なし・あり( \_\_\_\_\_ 歳 )

6. 前項目以外に、常用していらっしゃるお薬がありましたら、以下にご記入ください。  
ただし、お薬手帳をお持ちの方は、コピーしますので記入せずにカウンターに出してください。  
服用されていて、お薬手帳に記載がない薬がある場合はその薬品名を記入してください。

既に薬剤師に会って話した 既にお薬手帳をカウンターに出した

・内服している薬剤・・・ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

7. 各種のアレルギーについて、それぞれお答えください。

1) 飲み薬や注射、造影剤などに対するアレルギーについて

ない ある(具体的に) 医薬品名 \_\_\_\_\_

2) 食べ物に対するアレルギーについて

ない ある(具体的に) 食品名 \_\_\_\_\_

3) CT や MRI 検査の際に造影剤を使った検査を受けたことがありますか。

ない ある(具体的に) 検査の種類: CT MRI その他 ( )

8. 最近2~3年の渡航歴についてお聞かせください。 ない

1) 日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 渡航先(国名): \_\_\_\_\_

2) 日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 渡航先(国名): \_\_\_\_\_

3) 日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 渡航先(国名): \_\_\_\_\_

9. たばこ、お酒、その他の嗜好品についてお尋ねします。

現在、何らかの症状がある方は、症状が出る以前の状況をお答えください。

◆たばこ:

1) 生まれてからこれまでに、合計して少なくとも100本以上のたばこを吸っていますか。

はい いいえ

2) 1)で「はい」とお答えの方にお尋ねします。

現在もたばこを吸っていますか。

吸っている 何歳から \_\_\_\_\_ 歳 1日 \_\_\_\_\_ 本

やめた 吸った期間→ 何歳から \_\_\_\_\_ 歳 何歳まで \_\_\_\_\_ 歳 1日 \_\_\_\_\_ 本

・やめた理由は何ですか。

病気をしたから 病気はしないが、健康に悪いから その他(経済的理由など)

3) 家庭や職場やお店などで、他人のたばこの煙を吸う機会(1日1時間以上)はどのくらいありましたか。(受動喫煙についてお尋ねします)

・10歳の頃 ほとんどない 月に1~3日 週に1~4日 ほとんど毎日

・30歳の頃 ほとんどない 月に1~3日 週に1~4日 ほとんど毎日

・現在 ほとんどない 月に1~3日 週に1~4日 ほとんど毎日

◆お酒：

1) 現在、お酒を飲みますか。

飲む       やめた → \_\_\_\_\_ 歳でやめた       飲まない

2) 1) で「飲む」「やめた」とお答えの方

①どのくらいの頻度で飲みますか。(やめた方は飲んでいた頃のことを書いてください)

ほとんど飲まない    月に1～3日    週に1～2日    週に3～4日  
 週に5～6日    毎日飲む

②1日に飲む、最も普通の組み合わせを選んでください。

(例) ふだん、ビールの大ビン(633ml)を1本飲んだあとに、日本酒を2合飲む。

「ビール」の1本と「日本酒」の「2合」を選び、それ以外の項目は「飲まない」を選ぶ。

●日本酒 (180ml = 1合)

飲まない    0.5合未満    0.5～1合未満    1合    2合  
 3合    4合    5合以上

●焼酎・泡盛 原液 (原液180ml = 1合、チューハイ350ml缶 = 0.7合として換算)

飲まない    0.5合未満    0.5～1合未満    1合    2合  
 3合    4合    5合以上

●ビール・発泡酒 (大ビン633ml = 1本、中ビン/500ml缶1本 = 0.8本)  
(小ビン350ml缶1本 = 0.5本として換算)

飲まない    0.5本未満    0.5～1本未満    1本    2本  
 3本    4本    5本以上

●ウイスキー・ブランデー (シングル30ml = 1杯として換算)

飲まない    0.5杯未満    0.5～1杯未満    1杯    2杯  
 3杯    4杯    5杯以上

●ワイン (グラス100ml = 1杯として換算)

飲まない    0.5杯未満    0.5～1杯未満    1杯    2杯  
 3杯    4杯    5杯以上

●その他 ※お酒の種類 ( )

飲まない    0.5杯未満    0.5～1杯未満    1杯    2杯  
 3杯    4杯    5杯以上

◆その他の主な嗜好品(コーヒー、紅茶、緑茶などの飲物)：

特になし

あり 種類： \_\_\_\_\_

1回に摂るおよその量

回数： 毎日 または 1週間に ( ) 日、 1日に ( ) 杯、本