

共通外来予診カード

- 記入については当院のスタッフ（リサーチ・コンシェルジュ：一階外来ロビー「包括同意窓口」、内線 7899）がお手伝いをいたします。
- 「お薬手帳」または、病院・薬局からもらった薬に関する説明文書をお持ちの方は受付にご提出下さい。コピーをとらせていただきます。

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

性別 男性 ・ 女性 出生地 _____

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。

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。

親、子、きょうだい、祖父母、おじ・おば、甥・姪、孫の範囲を目途に、わかる範囲でお願いします。

続柄	病名（がんの種類）	何歳頃診断されたか
_____	_____	_____ 歳
_____	_____	_____ 歳
_____	_____	_____ 歳
_____	_____	_____ 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、記載もれ（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の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) 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 →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

--

13) 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

--

6. 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) 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 _____

3) 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 _____

7. ご提出いただいた「お薬手帳」や薬に関する説明文書に記載のない常用薬、またはサプリメント(健康食品)がありましたら、以下にご記入下さい。

8. 身長、体重をご記入ください(体重計は外来にあります)。

【現在】 身長：約 _____ cm 体重：約 _____ kg

【症状が出る前の体重】 _____ 年 _____ 月頃 体重：約 _____ kg

9. 最近2～3年の渡航歴についてお聞かせください。

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)： _____

④日付： _____ 年 _____ 月 渡航先(国名)： _____

10. 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

・何歳から吸い始めましたか。 _____ 歳

・1日何本吸いますか。 _____ 本

やめた

・何歳の時たばこをやめましたか。 _____ 歳

・何歳からたばこを吸い始めましたか。 _____ 歳

・1日何本吸っていましたか。 _____ 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。

・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

生活のしやすさに関する質問票 (短縮版)

記入者： 患者さんご本人 ご家族
医療者 ()

① 現在のからだの症状はありますか？それほどの程度ありますか？

なし あり [症状：]

↓

それはどの程度ですか？
下のうち、あてはまるところに1つ☑をつけてください

1 現在の治療で落ち着いている
 2 それほど酷くないが続いている
 3 我慢できない症状がしばしばあり
 4 我慢できない症状がずっと続いている

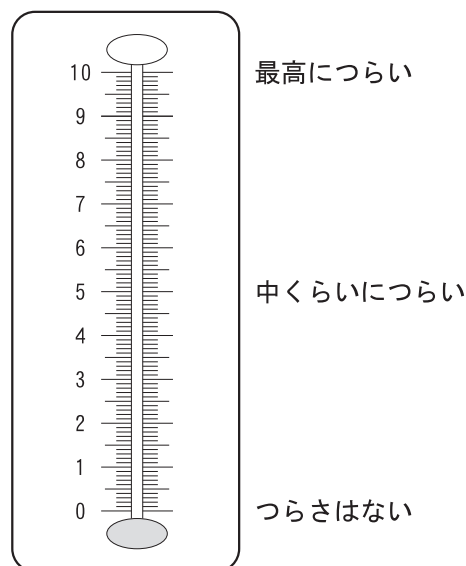
↓

この症状のために日常生活で困っていることがある方は
☑をつけてください (複数可)

食事 入浴 歩行 排尿 排便
睡眠 その他 ()

↓

② この1週間の気持ちのつらさを平均して、 右の温度計の最もあてはまる数字1つに ○をつけてください



③ 病気や治療のほかに気になっていることを☑してください (複数可)

経済面 仕事・学業 妊娠・出産 家族のこと
その他 () 特になし

以上で質問は終了です。ご記入ありがとうございました。