

# 外来問診票

受診日 令和 年 月 日

当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

フリガナ	ご職業
お名前 (男・女)	生年月日 明・大・昭 年 月 日 平・令

※マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について (同意する・同意しない)

※声をかける際はお名前でお呼びしておりますが、番号での呼び出しを希望される場合はお申し出下さい。

【1】 本日はどのような症状で受診しましたか？

- 体がだるい お腹が張る 食欲が無い むくみがある  
健康診断で指摘された 他院からの紹介  
特に自覚症状なし  
その他 ( )

【2】 それはいつ頃からですか？

年 月 日 頃

【3】 その症状で、当院以外の医療機関を受診されましたか？

- 受診していない 受診した (医療機関名: )

【4】 お薬やサプリメントを飲んでいますか？ 飲んでいる 飲んでいない

お薬(わかる範囲で結構です) ※お薬手帳の有無 あり なし

( )

サプリメント(わかる範囲で結構です) ( )

【5】 過去に病気や怪我・現在通院中の病気があればご記入ください。

年/ 歳頃	入院(あり・なし) 手術(あり・なし) 輸血(あり・なし)
病名:	通院(あり・なし) 病院名:( )
年/ 歳頃	入院(あり・なし) 手術(あり・なし) 輸血(あり・なし)
病名:	通院(あり・なし) 病院名:( )
年/ 歳頃	入院(あり・なし) 手術(あり・なし) 輸血(あり・なし)
病名:	通院(あり・なし) 病院名:( )
年/ 歳頃	入院(あり・なし) 手術(あり・なし) 輸血(あり・なし)
病名:	通院(あり・なし) 病院名:( )

【6】 食品・薬・造影剤でアレルギー・副作用がありますか？  はい  いいえ

→はいの場合のみ種類と症状をご記入ください。

( )

【※】 女性の方のみお答えください

現在、妊娠していますか？  はい  いいえ

現在、授乳していますか？  はい  いいえ

裏面もご記入ください

【7】 過去に下記の診断をされたことがありますか？

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 脂肪肝             | <input type="checkbox"/> 肝血管腫・肝嚢胞       |
| <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型・C型・その他) | <input type="checkbox"/> 肝硬変(B型・C型・その他) |
| <input type="checkbox"/> 自己免疫性肝炎         | <input type="checkbox"/> 食道・胃静脈瘤        |
| <input type="checkbox"/> 肝細胞がん           | <input type="checkbox"/> 原発性胆汁性胆管炎      |
| <input type="checkbox"/> その他( )          |   |

【8】 上記の診断がされた方はどのような検査・治療を受けていますか？

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 ( 年 月頃)                     | <input type="checkbox"/> インターフェロン ( 年 月頃) |
| <input type="checkbox"/> エンボリ(肝動脈塞栓術) ( 年 月頃)              | <input type="checkbox"/> 肝生検 ( 年 月頃)      |
| <input type="checkbox"/> 経皮的治療(ラジオ波焼灼療法・エタノール注入術等) ( 年 月頃) |   |
| <input type="checkbox"/> 食道胃静脈瘤硬化療法 ( 年 月頃)                |   |
| <input type="checkbox"/> 飲み薬による抗ウイルス療法 ( 年 月頃)             |   |

【9】 お酒を飲みますか？

- |   |                                    |                                       |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 飲まない                     | <input type="checkbox"/> やめた( 歳より) | <input type="checkbox"/> つきあい程度(機会飲酒) |
| <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週に 回・月に 回 / 量 ml) |                                    |                                       |

お酒の種類は何ですか？(ビール・ワイン・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他( ))

【10】 タバコは吸いますか？

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 吸わない                | <input type="checkbox"/> やめた( 歳より)→やめる前まで1日平均 本 |
| <input type="checkbox"/> 吸っている ( 歳から 1日平均 本) |   |

【11】 肝疾患の原因になる事がありますのでよろしければご記入ください。

- |   |                                 |                              |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自己注射(覚醒剤など)をした事がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい( 歳) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 刺青・タトゥーをしていますか？        | <input type="checkbox"/> はい( 歳) | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 輸血をした事がありますか？          | <input type="checkbox"/> はい( 歳) | <input type="checkbox"/> いいえ |

【12】 20歳以降で最も多かった時の体重と最も少なかった時の体重をご記入ください。

最も多かった時( kg 歳) 最も少なかった時( kg 歳)

-----  
【以下は看護師より家族構成をお聞きします】

