

# 問 診 表

弘前市立病院 内科外来

氏名 \_\_\_\_\_ 様

月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

このたびは市立病院をご利用くださり、ありがとうございます。  
診察のときにまたお聞きしますが、以下のことについて簡単にお答えください。

\* どのような具合ですか(どこが悪いですか)

\* その症状はいつからありましたか

\* どこかで治療を受けていましたか

受けていません 受けています (どこで \_\_\_\_\_)

\* これまでに病気、手術をしたことがありますか

ありません あります ( \_\_\_\_\_ )

\* 血のつながりのあるご家庭で、次のような病気の方がおられましたら○をつけてください

がん 結核 高血圧 脳卒中 糖尿病 胃十二指腸かいよう 肝臓病 ぜんそく  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 薬で副作用が出たことがありますか

ありません あります

\* お酒・タバコは1日どれくらいのみますか

お酒 → 飲む (何を・どれくらい \_\_\_\_\_ ) 飲まない 付き合う程度  
タバコ → 吸う ( \_\_\_\_\_ 本 ) 吸わない

\* 今朝、食事をしてきましたか

食べていません 食べました

\* 以前、当内科で診察を受けたことがありますか

ありません あります

\* 他院でもらっている薬はありますか

もらっていない もらっている(薬の名前 \_\_\_\_\_)

● 他院でお薬をもらっている場合は『薬』また『お薬手帳』を提出してください

\* 現在下記の薬を飲んでいますか

1. ワーファリン(ワーファリンカリウム) 2. パナルジン 3. バイアスピリン  
4. バファリン 5. 飲んでいない 6. わからない

● 1～4に○を付けた方は、最後に飲んだのはいつですか \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃

\* 何か特別に心配していること、ご希望なさっていることがあればお書きください