

# 外科外来初診の方へ

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

おなまえ\_\_\_\_\_様

当科では診察の円滑化をはかるため、初診の方全員に初診用紙への記載をお願いしております。大変ご面倒なことだと思いますが、ご協力をお願いします。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (最近の体重減少 \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_ヶ月間)

① 本日の受診の目的はどんなことでしょうか？ (今一番心配なことはなんですか？)  
( \_\_\_\_\_ )

その症状はいつごろからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

② 今までにかかったことのある病気ケガはありますか？  
高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 不整脈 高脂血症  
肝炎 胃十二指腸潰瘍 肺結核 痛風 ぜんそく その他 ( \_\_\_\_\_ )

③ 現在服用している薬があれば教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )

④ 入院手術をしたことがありますか？  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

⑤ 薬や食事のアレルギーはありますか？  
いいえ はい(どんな薬 \_\_\_\_\_)

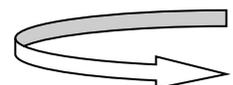
⑥ ご家族にがんの方(がん だった方)はいますか？  
いいえ はい( \_\_\_\_\_ )

⑦ 現在、他の病院等入院中ですか？  
いいえ はい(医療機関名 \_\_\_\_\_)

⑧ タバコは吸いますか？  
・ いいえ 吸っていたことはありません  
禁煙状況：( \_\_\_\_\_ 年前 / \_\_\_\_\_ カ月前 / \_\_\_\_\_ 日前から禁煙)  
受動喫煙状況：同居者で喫煙している人はいますか？  
(喫煙者の続柄： \_\_\_\_\_ )  
・ はい  
喫煙状況：紙巻きタバコ (種類： \_\_\_\_\_ )(一日使用数： \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 年)  
加熱式タバコなど(種類： \_\_\_\_\_ )(一日使用数： \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 年)  
電子タバコの使用有無( 有り ・ 無し )

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願い致します。

※裏面あります。



- ⑨ ご職業は何ですか？ ( )
- ⑩ 6ヶ月以内に海外渡航歴がありますか？  
いいえ はい ( )
- ⑪ 現在妊娠していますか？または妊娠している可能性がありますか？  
いいえ はい( 週)
- ⑫ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい
- ⑬ 他の医療機関からの紹介状はありますか？  
いいえ はい (医療機関名： )
- ⑭ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診していますか？  
いいえ はい (受診時期： 指摘事項： )
- ⑮ その他、特に話しておきたいことがあれば書いて下さい。  
( )

当院は診療情報を取得・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。

ご協力ありがとうございました。(2024.06.01 版)