

西暦 年 月 日 (記入日)
中東遠地域共通問診票

(市立御前崎総合病院・しろわクリニック・菊川市立総合病院・菊川市家庭医療センター・中東遠総合医療センター・公立森町病院・森町家庭医療クリニック・磐田市立総合病院 共通)

※この問診票を受診日までに記入し、受診当日ご持参ください。小児科受診の場合★印の項目に記載

※発熱のある方は先に申出てください。

| | |
|--|--|
| お名前 <small>フリガナ</small> _____ (男・女) 年齢 才 _____ | 体温: _____ 度 身長: _____ cm 体重: _____ Kg |
| 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (〒 _____) 牧之原市・御前崎市・菊川市・掛川市・袋井市・森町・磐田市 | 血圧: _____ mmHg / _____ mmHg |
| 住 所 _____ | 脈拍: _____ bpm SPO2: _____ % |
| 電話番号 (自宅) _____ (携帯電話) _____ | ※受診時に各病院で測定します。 |

★トリアージ 緊急 診察 隔離 () ※看護師記入

この問診票を記入する方がご本人以外であれば、その方のお名前 _____ 続柄 ()

① 今回、受診された理由をお答えください。

他の医療機関から受診をすすめられたから 健康診断の結果、精密検査をすすめられたから

心配な症状があったから

★② 今回、受診された主な症状はどんなことですか。

(_____)

発熱 _____ °C 咳 鼻水 嘔気 発疹

嘔吐 下痢 腹痛 痛みの部位 _____

★③ その症状はいつから、どのようでしたか。(なるべく詳しく)

_____ 月 _____ 日頃から 突然 徐々に 時々 (_____)

★④ 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 病名 _____ 医療機関名 _____

⑤ 症状の原因に心あたりや、症状の始まる頃に何か変わったことがありますか。

ない ある なるべく詳しく (_____)

★⑥ 今までにおおきな病気、けがで治療されたことがありますか。

ない

ある _____ 年頃 (_____ 歳頃) 病名 _____ 入院・手術 _____

_____ 年頃 (_____ 歳頃) 病名 _____ 入院・手術 _____

_____ 年頃 (_____ 歳頃) 病名 _____ 入院・手術 _____

★⑦ 現在治療中(歯科を含む)の病気はありますか。(記入例、高血圧、糖尿病など)

ない

ある 病名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 市・町 _____

_____ 病名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 市・町 _____

_____ 病名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 市・町 _____

★⑧ 現在、お薬を飲んでいますか。

飲んでいない

飲んでいる 薬品名(わかる範囲で) (_____)
 お薬手帳 持っていない 持っている: 診察時に見せていただくことがあります。

★⑨ アレルギーはありますか。(薬、花粉、食物などで)

ない ある (くすり 食べ物 その他)
 原因物質や薬品名 (_____)

裏面にもご記入下さい

⑩ 現在、サプリメントを飲んでいますか。

飲んでいない

飲んでいる 商品名(わかる範囲で)()

⑪ 血縁の方のなかで、おおきな病気をされた方がいますか。(記入例、祖父が胃がん、糖尿病など)

ない

ある ()

⑫ 薬や注射で副作用が出たことがありますか。

ない

ある 薬品名(わかる範囲で)()

⑬ 輸血されたことがありますか。

いいえ

はい いつ頃() 年頃) 何をわかる範囲で()

⑭ お酒を飲みますか。

飲まない

飲む (ビール____本、日本酒____合、焼酎____杯、ウイスキー____杯)を
(毎日・週に数回・月に数回) 年間、飲んでいる。

⑮ タバコを吸いますか。

吸わない

吸う () 才から) 才まで、一日平均 () 本)を(吸っている・吸っていたが止めた)

⑯ 最近の食欲、睡眠、便通はいかがですか。

1) 食欲 良好 不良

2) 水分摂取 良好 不良

3) 睡眠 良好 不良 1日平均____時間

4) 便通 普通 便秘 下痢

5) 排尿 (1日に () 回)

⑰ ご職業はなんですか。

今のお仕事 _____

以前のお仕事 _____

⑱ 最近1年間に海外旅行をしましたか。

いいえ

はい どこへ() いつ() 年 () 月)

⑲ ペットを飼っていますか。

いいえ

はい 飼っている生き物名 ()

◎女性の方のみお答えください

⑳ 現在、妊娠していますか。

いいえ

はい 妊娠中(____ヶ月)・可能性あり

㉑ 現在、授乳されていますか。

いいえ はい

◎病院から連絡が必要な場合の連絡先

㉒ ご自宅 携帯 勤務先 その他 連絡先の電話番号(- -)