

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してください。

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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

お名前	フリガナ	体温: _____ 度
生年月日	(男・女) 年齢	身長: _____ cm 体重: _____ Kg
(元 一 ) 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
電話番号 (自宅)	(携帯電話)	SPO2: _____ %
※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

この問診表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 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

★③ 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

★④ その症状はいつから、どのようにでしたか。(なるべく詳しく)

月 日頃から  突然  徐々に  時々 ( )

★⑤ 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

⑥ 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( )

★⑦ 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

★⑧ 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

★⑨ 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。

裏面にもご記入下さい

★ ⑩ アレルギーはありますか。(薬、花粉、食物などで) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他 ) 原因物質や薬品名 ( )
⑪ 現在、サプリメントを飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる 商品名(わかる範囲で) ( )
⑫ 血縁の方のなかで、おおきな病気をされた方がありますか。(記入例、祖父が胃がん、糖尿病など) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
⑬ 薬や注射で副作用が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名(わかる範囲で) ( )
⑭ 輸血されたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃( 年頃 ) 何をわかる範囲で( )
⑮ お酒を飲みますか。 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ( ビール____本、日本酒____合、焼酎____杯、ウィスキー____杯 )を ( 毎日 ・ 週に数回 ・ 月に数回 ) 年間、飲んでいる。
⑯ タバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 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 )
⑰ 最近の食欲、睡眠、便通はいかがですか。 1)食欲 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 2)水分摂取 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 3)睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 1日平均_____時間 4)便通 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 5)排尿 (1日に 回)
⑱ ご職業はなんですか。 今のお仕事 以前のお仕事
⑲ 最近1年間に海外旅行をしましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい どこへ( ) いつ( ) 年 ( ) 月 ( )
⑳ ペットを飼っていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 飼っている生き物名 ( )
◎女性の方のみお答えください
㉑ 現在、妊娠していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠中(_____ヶ月) ・ 可能性あり
㉒ 現在、授乳されていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
◎病院から連絡が必要な場合の連絡先
㉓ <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 連絡先の電話番号( _____ - _____ - _____ )