

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。

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 _____ (男・女) 年齢 才	体温: _____ 度
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	身長: _____ cm 体重: _____ Kg
(〒 _____) 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 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)
 ない ある (くすり 食べ物 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。
 飲んでいない 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)
 ない ある ()

⑬ 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) ()

⑭ 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()

⑮ 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。

⑯ 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)

⑰ 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)

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。
 いいえ はい どこへ() いつ(年 月)

⑳ 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

㉑ 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

㉒ 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

㉓ ご自宅 携帯 勤務先 その他 連絡先の電話番号(- -)