

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。

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

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。

()

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 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()

⑤ 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

⑥ 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()

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
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	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 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

⑨ 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)()

⑩ 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 ()

⑪ 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)()

⑫ アレルギーはありますか。(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()

⑬ 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。

⑭ 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)

⑮ 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)

⑯ ご職業はなんですか。

今のお仕事 _____

以前のお仕事 _____

⑰ 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)

⑱ 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

⑲ 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

⑳ 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

㉑ ご自宅 携帯 勤務先 その他 連絡先の電話番号(- -)