

## 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 <u>フリガナ</u>		体温: _____ 度
(男・女) 年齢 才		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。
★トリアージ <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 他の医療機関から受診をすすめられたから <input type="checkbox"/> 健康診断の結果、精密検査をすすめられたから <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 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。 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 発熱 _____ °C <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 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

★ 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( - - )