

総合問診票

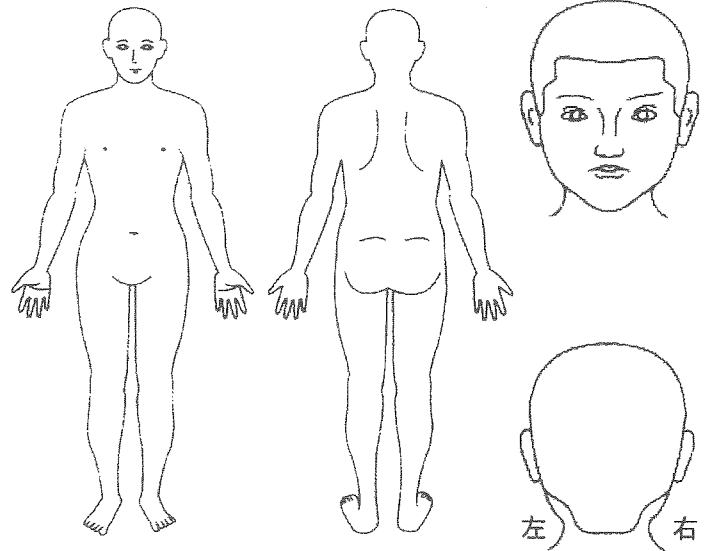
受診日 平成 年 月 日

ID番号 身長 () cm 体重 () kg 体温 ()

氏名 (才)

1. 今日はどうな症状で来られましたか。
右の身体図に印を入れてください。

いつから：
平成 年 月 日(午前・午後 時頃から)
どのような症状：



2. ここ1ヶ月以内に海外に行かれましたか。 いいえ ・ はい (滞在先：)

3. 交通事故や労災によるものですか。 いいえ ・ はい (交通事故 ・ 労災)

4. その症状のために他の病院を受診または入院されましたか。
していない 受診 ・ 入院した 平成 年 月 日頃
その時、薬 (のみ薬 ・ 目薬 ・ 塗り薬) を (もらった ・ もわらなかった)
その時の病名 ()

5. 今日は食事をとられましたか。 (いいえ ・ はい)

6. アルコールは飲まれますか。
いいえ ・ はい (一日に：酒 ・ ビール ・ ウイスキー ・ 焼酎 ・ その他：)
(どれくらい：コップ 杯、缶 本、その他：)

7. タバコは吸われますか。
いいえ ・ はい ・ 吸っていた (一日に 本)、(才) から (才) まで
※他の人が吸ったタバコの煙を吸うことはありますか。 なし ・ あり ()

8. あなたの病気が、がんや治りにくい病気だった時、告知を希望されますか。
いいえ ・ はい ・ わからない

9. かかりつけ医をお持ちですか。
いいえ ・ はい ()

10. 介護認定を受けておられますか。
いいえ ・ はい ()

11. 病気の時に支えて下さる方はどなたですか。()

裏面にも質問がありますので、ご記入ください。

《診察または検査の際に必要な場合がありますので、判る範囲でご記入ください》

アレルギーについて

・何かアレルギーがありますか？ (無 ・ 有) 薬物アレルギー (薬品名：)
食物アレルギー (アレルゲン：)
その他 (鼻炎等：)

・歯科治療の麻酔で気分が悪くなったことがある？ 有 無

これまでかかったことのある病気や受けた処方・処置について

・心疾患 有 () 無

・高血圧 有 無

・埋め込み型除細動器 有 無

・埋め込み型ペースメーカー 有 無

・緑内障 有 無

・喘息 有 無

・糖尿病 有 無

・手術を受けたり入院したことがありますか
はい いいえ

年 齢	手 術 名 ・ 病 名

・腎臓が悪いといわれていますか はい いいえ

・出血しやすいといわれていますか はい いいえ

・血液がサラサラする薬を
飲んでいませんか はい いいえ

・CT検査を受けたことがありますか はい いいえ

その際

・造影剤を使用しましたか はい いいえ

・MRI検査を受けたことがありますか はい いいえ

・体内に金属がはいっていますか はい いいえ

・輸血を受けたことがありますか はい いいえ

(男性の方のみ記入)

・前立腺肥大 有 無

(女性の方のみ記入)

・妊娠の可能性はありますか 有 無

・授乳中ですか はい いいえ

・最終月経はいつですか

月 日 ~ 月 日

・過去 1 ヶ月の間に病気やけがで病院を受診されていますか。

・飲んでいる薬があればご記入ください。