

共通問診票

登録番号 _____

お名前（カナ） _____

こちらの問診票への記入が2回目以上の方は、**変更箇所のみ**ご記入をお願いいたします。

●緊急のご連絡先についてご記入下さい。（*優先される方を上段に）

電話番号	携帯番号	氏名	ご本人との関係	追記(医療者記入欄)

- ・臓器提供意思表示カードはお持ちですか なし あり（臓器提供意思 あり なし）
- ・信仰している宗教は？ なし あり（名称： _____）
- ・ご職業は？（技術者・教職・事務・販売・サービス・運輸・製造・その他具体的に _____）
 上の職業をご退職されている場合、退職時期は？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

- 障害者認定をされていますか 認定なし 認定あり
- ・「あり」の場合、何の障害？（視覚 聴覚 運動 言語 意識 精神 その他：（ _____ ）
- 介護保険の利用はありますか？ なし あり（要支援 要介護1・2・3・4・5・申請中）
- ・介護ありの場合、主な介護者はどなたですか？（ _____ ）

●病歴(既往歴)についてお聞かせください

年齢	病名	既往の有無	治療内容	治療施設名
歳	心臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他	
歳	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	
歳	高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	
歳	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	

上記以外の病気やけががありましたらご記入ください

年齢	病名	治療内容(手術 薬剤 放射線など)	治療施設名
歳			
歳			
歳			
歳			

●アレルギーの有無についてお聞かせ下さい

薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 薬剤名： _____ 薬剤名： _____	どのような症状ですか（該当症状にチェックして下さい） <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
	<input type="checkbox"/> あり		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(該当食物に○) 卵(卵 卵製品) 大豆(大豆 大豆製品) 牛乳(牛乳 乳製品) 小麦(小麦 調味料) 果物 魚介類(全部/さば/青魚 牡蠣/エビ/カニ) そば ピーナッツ	どのような症状ですか（該当症状にチェックして下さい） <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり		

造影剤アレルギー	□なし	□あり(該当検査に○) CT 検査	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい) □皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		カテーテル検査	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		MRI 検査	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
その他	□なし	□あり(該当に○) 金属	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい) □皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		ラテックス	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		絆創膏	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		ヨード剤	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)
		アルコール剤	□皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)

・インプラント(体内埋め込み式器具)はありますか □人工弁 □ステント □ペースメーカー □人工関節
□埋め込み式除細動器 □口腔インプラント □その他 () 装着日 年 月 日頃

●身長は? [] cm ●体重は? [] Kg

●飲酒は? □飲む [] 回/週、1日に(日本酒・焼酎・ビール・ワイン・その他)を [] (合・mL・本) 1合=180ml
□飲まない

・喫煙は? □吸わない □吸う □吸っていた(歳頃に) [] 本/日 喫煙歴 [] 年

・睡眠の状態は? □良好 □不眠

睡眠薬は? □未使用 □使用(時々) □使用(毎日) (睡眠薬品名:)

・排泄状態は? 尿の回数 [] 回/日 排尿障害は? □なし □あり

便の回数 [] 日に [] 回 ・便の性状は □普通便 □硬便 □軟便 □下痢

下剤の使用 □なし □あり (下剤薬品名:)

・女性の方へお聞きします 現在妊娠されていますか (はい ・ いいえ)

●ご家族の構成についてお聞かせ下さい(同居していないご家族についてもご記入をお願いします)

家族	年齢	状況	主な既往歴(かかった病気)
祖父(父方)	歳	同居・別居・死亡	
祖母(父方)	歳	同居・別居・死亡	
祖父(母方)	歳	同居・別居・死亡	
祖母(母方)	歳	同居・別居・死亡	
父	歳	同居・別居・死亡	
母	歳	同居・別居・死亡	
妻・夫	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	

※「救急外来問診票」記入済の場合は3枚目の記入は不要です

●以下、マイナ保険証及び診療情報の取得について、お読みいただいた上でご回答ください

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。(マイナ保険証を用いて、オンラインで患者さんの診療情報を取得・利用する体制を当院は有しております。)

・マイナ保険証を用いた診療情報の取得に 同意する 同意しない マイナ保険未所持

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）

●本日受診した症状について 症状の内容、発症時期、経過等についてご記入ください

※他の問診票等で既に回答頂いている方は、空欄で結構です

[]

●現在通院されている他の医療機関について 医療機関名、受診日、治療内容 等についてご記入ください

※紹介状をお持ちの方は、空欄で結構です

[]

●過去1年間で健診（特定健診か高齢者健診）の受診はありましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、空欄で結構です。

なし あり（受診時期： 指摘事項： ）

記入日： 年 月 日

2018.1 第1版 2018.3 第2版 2019.12 第3版 2020.3 第4版 2023.10 第5版 2024.2 第6版