

関口病院 問診票

| | | | | | |
|--------|-----|-----------|---------------|-------------|--|
| カルテNo. | | □救急車 □その他 | | □マイ保険証 □その他 | |
| フリガナ | | 性別・年齢 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男・女 () 歳 | 大・昭・平・令 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 - | 電話番号又は携帯 | | | |
| | | 家族の連絡先 | | | |

① 当院におかかりになったことはありますか？ ※診察券をお持ちの方は回答不要です □はい (年 月頃) □いいえ

② 他の医療機関からの紹介状、画像CDはお持ちですか？ □はい () □いいえ

③ どのような症状で来院されましたか？

1) 症状のあるところに○をつけてください。(右図) ⇒

2) 具体的な部位がわかる方は下記にしをつけてください。

□頭 □顔 □首 □肩
 □背中 □胸 □肋骨 □腰
 □脇腹 □尻 □腹(上部) □腹(下部)
 □腕 □肘 □手 □足
 □膝 □その他 ()

* 左右どちらですか？ □左 □右 □両方

3) どのような症状ですか？

□痛み □しびれ □腫れ □変形
 □めまい □下痢 □吐き気 □動悸 □耳鳴り □息苦しさ □黄疸 □倦怠感
 □その他 ()

4) いつ頃から症状がありますか？ ()

5) 思い当たる原因はありますか？

□交通事故 □スポーツ外傷 □仕事中的事故 □転倒 □原因不明
 □その他 ()

6) 交通事故・労災の場合は受傷日時を記入してください。(受傷日：令和 年 月 日 時頃)

④ これまでに病気・入院・手術の経験はありますか？

□なし □喘息 □高血圧 □糖尿病 □心臓病 □腎臓病 □悪性腫瘍 □痛風 □脳血管疾患 □結核
 □脂質異常血症 □胃・十二指腸潰瘍 □その他 □手術(手術日 年 月 日/手術部位)

⑤ 定期的に飲んでいる薬はありますか、ある方は記入してください。

□なし □あり ()

⑥ 食べ物・薬・注射などでアレルギーになったことがありますか？

□なし □あり ()

⑦ かかりつけの病院、医院はありますか？ □なし □あり ()

⑧ 体内に金属が入っていますか？ □なし □あり(部位：) □不明

⑨ 血糖値を測定したことがありますか？ □なし □あり(異常：□なし □あり) □不明

⑩ 尿酸値を測定したことがありますか？ □なし □あり(異常：□なし □あり) □不明

⑪ 骨密度を測定したことがありますか？ □なし □あり(異常：□なし □あり) □不明

⑫ 女性の方にお伺いします。妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ □はい □いいえ

⑬ 介護保険・身体障害者手帳についておたずねします。

1) 介護保険 □なし □あり：要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

2) 介護サービスの利用 □なし □あり： □往診 □訪問看護 □デイサービス □デイケア □訪問介護
 □ショートステイ □福祉用具レンタル □その他 ()

ケアマネジャー () 事業所 () 連絡先 ()

3) 障害者手帳 □なし □あり：区分 ()

⑭ ご家族の状況についておたずねします。

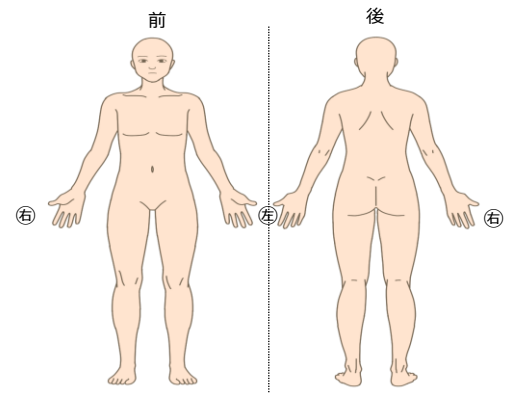
1) 同居ご家族は □いない □いる：□配偶者 □親(父・母) □子(人) □兄弟姉妹 □その他 ()

2) 病気がや怪我で現在入院中のご家族はいらっしゃいますか？ □いない □いる

⑮ 健康診断を受けていますか？ □いいえ □はい：□特定健診 □高齢者健診 □企業健診 □人間ドック

最近ではいつ頃に健康診断を受けましたか？ (年 月頃)

⑯ マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ □はい □いいえ



【入院時間診票】

ご入院される患者さん・ご家族の方へ

この問診票は、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。下記の項目に、ご記入いただき職員にお渡してください。

記入日 年 月 日

1. 家族構成及び緊急連絡先（必ず連絡可能な連絡先を2カ所以上お願いします）

キーパーソンになる方に○をつけてください。

| 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居の有無 | 電話番号 | 住所 |
|----|----|----|-------|------|----|
| | | | 同居・別居 | | |
| | | | 同居・別居 | | |
| | | | 同居・別居 | | |
| | | | 同居・別居 | | |
| | | | 同居・別居 | | |
| | | | 同居・別居 | | |

2. 既往歴 今までかかった病気があれば記入してください。

| 年齢 | 病名 | 入院 | 手術 | 輸血 | 病院名 | 通院状況 |
|----|----|------------------------|-------|-------|-----|--------|
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |
| | | あり・なし 入院 年 月～退院 年 月 | あり・なし | あり・なし | | 通院中・終了 |

3. 入院前はどちらに住んでいましたか。

・自宅 ・病院（ _____ ） ・施設（ _____ ）

4. 入院・治療について心配なことや、気になることがありましたら記入してください。

（ _____ ）