

◆◆◆全科 共通問診票◆◆◆

\_\_\_\_\_科

氏名 \_\_\_\_\_ 患者 ID \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg ※ 変わらない  太った  \_\_\_\_\_ヶ月で\_\_\_\_\_ kg やせた

■ 緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外の連絡先		続柄 ( _____ )
氏名 _____	連絡先 _____	

1 現在、どのような症状がありますか？もしくは受診の理由をお知らせください。

-----

2 症状が始まったのはいつ頃からですか？ 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から

3 今までにかかった病気（既往歴）、治療中の病気があれば、病名欄に☑を付けてください。

また、手術を行ったものには手術欄に☑をつけてください。

病名	手術	病名	手術	病名	手術	病名	手術				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食道・胃・腸の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	習慣性頭痛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳腺の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓・血管の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血液の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	泌尿器の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の病気
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝・胆・膵臓の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチ			

4 現在、薬を飲んでいますか？  はい 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

5 お薬手帳を持参していますか？  はい  いいえ (  本日忘れた )

6 アレルギーはありますか？  はい ( 症状 : \_\_\_\_\_ )  いいえ

薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 造影剤 ( \_\_\_\_\_ )

食品名  バナナ  アボカド  クリ  キウイフルーツ  左記以外 ( \_\_\_\_\_ )

金属 ( \_\_\_\_\_ ) その他  ゴム製品  左記以外 ( \_\_\_\_\_ )

※ばんそうかぶれ  あり  なし

7 生活習慣について教えてください。

食事の量  少量  普通  多い

睡眠  よく眠れる  眠れない

飲酒の習慣  飲まない  毎日  たまに

お酒の種類  日本酒  ビール  洋酒  その他

喫煙の習慣  一度も吸ったことがない

過去に喫煙 ( \_\_\_\_\_ ) 本/日、( \_\_\_\_\_ ) ~ ( \_\_\_\_\_ ) 才、( \_\_\_\_\_ ) 年間

現在喫煙中 ( \_\_\_\_\_ ) 本/日、( \_\_\_\_\_ ) ~ ( \_\_\_\_\_ ) 才、( \_\_\_\_\_ ) 年間

8 排尿、排便について教えてください。 排尿 1 日 ( \_\_\_\_\_ ) 回、排便 ( \_\_\_\_\_ ) 日に ( \_\_\_\_\_ ) 回

【裏面へ続く】

9 女性の方のみお答えください。 生理について（最終月経） 西暦（ ）年（ ）月  
妊娠の可能性  妊娠中  妊娠の可能性  閉経

10 命にかかわる病気（がんなど）の場合、告知の希望について教えてください。  希望する  希望しない

11 ご自身で意思決定・意思表示ができなくなった場合に、どなたに代わりの意思決定をお願いしたいですか？  
（カッコ内は優先順位）

<input type="checkbox"/> ( ) 配偶者	氏名 _____	連絡先 _____
<input type="checkbox"/> ( ) 親	氏名 _____	連絡先 _____
<input type="checkbox"/> ( ) 子ども	氏名 _____	連絡先 _____
<input type="checkbox"/> ( ) その他 [         ]	氏名 _____	連絡先 _____

12 マイナンバーカードを保険証として利用するため、オンライン保険証確認機を使用されましたか？

はい  いいえ

13 (12 で「はい」の方のみ)

マイナンバーカードを保険証として利用することで当院は患者さんの受診歴、薬剤情報、特定健診情報やその他必要な診療情報を確認できます。オンライン保険証確認機の画面で当院が情報確認することに同意しましたか？

はい  いいえ

当院はオンライン資格確認による診療情報を取得・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による資格確認（マイナ保険証の利用）にご協力をお願いいたします。