

時間外問診票

お名前 _____様 男・女

年 月 日生 (歳)

☆☆☆病院使用欄☆☆☆

受診科 ; 内科 1・2・3・4・5 診

番(総合_____番)

記入日 ; _____年_____月_____日

I. 再診患者さまへ ・結果説明のみの来院 ・予約日に来院できなかった(定期受診)

Iの該当患者さまについては、以下の質問を省略します。

II. いつからどうされましたか? 本日来院された理由をおしらせください。(できるだけ詳しく)

III. 現在までの既往についてお尋ねします。あると答えた方は () に、内容のご記入をお願いします。

1. 定期的に診察を受けている疾患はありますか? ある方はどちらの医療機関にかかっていますか?
イ) ない ロ) ある ()
2. いつも服用されているお薬はありますか?
イ) ない ロ) ある ()
3. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか? また何才ごろですか?
イ) ない ロ) ある ()
4. 輸血をうけられたことがありますか?
イ) ない ロ) ある (年 月ごろ)
5. アレルギーはありますか? (薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)
イ) ない ロ) ある ()

IV. 1か月以内に海外渡航をされましたか。

イ) ない ロ) ある (→ 渡航先)

V. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

- 1) 食欲は (ある ・ ふつう ・ ない) 2) 睡眠は (よい ・ ふつう ・ わるい)
- 3) 体重は (変わらない ・ 減った ・ 増えた) 4) 便通は (ふつう ・ 便秘 ・ 下痢)
- 5) タバコは (吸わない ・ 吸う ・ やめた) 6) アルコールは (飲まない ・ 飲む)

VI. ご家族(血縁)に癌・脳卒中・心筋梗塞の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか?

イ) ない ロ) ある ()

VII. 女性の方のみご記入ください。

- 1) 妊娠の可能性は (ある ・ ない ・ わからない) 最終月経 月 日
- 2) 生理は (順調 ・ 不順 ・ 閉経) 3) 授乳中 (生後 歳 か月)
- 4) ピル・女性ホルモンを服用されていますか? (ある : 内容) ない

VIII. 社会資源(訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパーなど)の利用がある場合

利用: イ) ない ロ) ある (利用内容:)

在宅療養手帳: イ) ない ロ) ある

介護認定度: (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

ケアマネージャー () 施設 ()

書き終えたら、外来処置室にお渡しください。(受付で記入の方は、1階受付にご提出ください)