

# 時間外問診票

☆☆☆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

お名前 \_\_\_\_\_様 男・女

M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)

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)    ハ) 宗教上 制約あり

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 ( \_\_\_\_\_ )    かかりつけ医 ( \_\_\_\_\_ )

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)