

時間外問診票

お名前 _____様 男・女

M・T・S・H 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

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい (受診時期: _____年 _____月 指摘事項: _____)

いいえ

1. 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)

1の該当患者さまについては、以下の質問を省略します。

2. 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)

3. 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 ()

4. 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)

5. 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)

→裏面もあります

