

あなたのお名前 \_\_\_\_\_ 代理者名 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

この用紙は患者さんが安心して診療を受けていただけるための問診票です。  
可能な限り、以下の点についてご記入ください。

該当する項目には○をつけてください。また、自由記入欄には直接お書きください。  
なお、この問診票は、プライバシーに配慮し、診療以外には利用いたしません。

1. 渡航歴について

- ①過去1ヶ月以内に海外旅行されましたか。(はい、いいえ)
- ②どこの国に旅行されましたか。(国名: \_\_\_\_\_ )
- ③旅行期間はどの程度ですか。( \_\_\_\_\_ )

2. 薬や食べ物でじんましんや呼吸が苦しくなるアレルギーや副作用等について

- ①薬でなったことがありますか？(ある、ない)  
その薬は何ですか(薬品名: \_\_\_\_\_、抗生物質、造影剤、ピリン系、その他: \_\_\_\_\_ )  
どんな症状でしたか( \_\_\_\_\_ )
- ②食物でなったことがありますか？(ある、ない)  
その食物は何ですか(食べ物: \_\_\_\_\_ )  
どんな症状でしたか( \_\_\_\_\_ )
- ③その他、医師から禁じられている薬や食べ物などがあればご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )
- ④薬や食物以外のアレルギーや禁じられていることはありますか(ある・ない)  
( \_\_\_\_\_ )
- ⑤造影剤でなったことがありますか(ある、ない)  
検査名(CT・MR等わかる範囲で)、薬品名(わかる範囲で)、どんな症状でしたか  
( \_\_\_\_\_ )

3. あなたの安全のために、以下の身体的な質問について○をつけてお答えください

- ①現在以下の病気がある(喘息、緑内障、前立腺肥大、消化性潰瘍、重症筋無力症)
- ②以下の障害がある(手足の動き、聴くこと、視ること、言語、排泄)
- ③その他身体的に不自由な部分がある(はい、いいえ)  
それはどこですか？( \_\_\_\_\_ )
- ④体内に金属がある(はい、いいえ)\*  
「はい」の場合、どこにどのような金属ですか\*( \_\_\_\_\_ )
- ⑤心臓にペースメーカーが挿入されている\*(はい、いいえ)

女性の方にお聞きします。

- ⑤妊娠中である(妊娠中、可能性あり、いいえ)
  - ⑥授乳中である(授乳中、いいえ)
- ※妊娠反応を確認する検査は自己負担となる場合があります。

4. あなたの病気についてご説明するにあたって、あなたの考えをお知らせください。該当するところに○をつけてください

- ①自分の病気のことはすべて知りたい
- ②がんなどの悪性の病気の際は、病名や病状を知りたくない
- ③がんなどの悪性の病気の際は、病名や症状を知るかどうかは家族の判断にまかせる
- ④今はわからない

もし、あなたの病名や病気の治療について、あなた以外にお話しする必要がある場合はどなたにお話すればよろしいですか？

その方のお名前( \_\_\_\_\_ ) ご関係( \_\_\_\_\_ ) 電話連絡先( \_\_\_\_\_ )

5. 今、飲まれている薬がありますか（ある、ない） お薬そのものかお薬手帳を見せて下さい  
 以下のお薬を服用していますか  
 （血糖を下げる薬、血液をさらさらにする薬、抗がん剤、サレド・レプラミド）

6. いままでかかった病気について、おうかがいします

かかった年齢	病名	入院有無・回数	手術の有無	医療機関	現在の状態
歳		無 有 回	無 有 回	当院 他院 入院 通院 在宅	治癒 治療中
歳		無 有 回	無 有 回	当院 他院 入院 通院 在宅	治癒 治療中
歳		無 有 回	無 有 回	当院 他院 入院 通院 在宅	治癒 治療中
歳		無 有 回	無 有 回	当院 他院 入院 通院 在宅	治癒 治療中
歳		無 有 回	無 有 回	当院 他院 入院 通院 在宅	治癒 治療中

7. 今回受診された経緯について、おうかがいします  
 受診のきっかけとなったことについて（症状や検診など）

いつ頃 令和 年 月 日頃

どのような症状やきっかけがありましたか

その後当院を受診されるまでの経緯を簡単に書いて下さい

月 日頃

月 日頃

月 日頃

月 日頃

8. 他にご希望や伝えておきたいことがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。

当院では、患者さんをお名前でお呼びいたしております。ご理解のうえ、ご協力お願いいたします。

なお、不都合がありましたら、看護師にご相談下さい。

< 診 察 申 込 書 >

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
住所   〒 -		電話番号	( )
勤務先名		電話番号	( )
職業			
被保険者		(続柄 : )	

1. 現在、他病院に入院中ですか。 ( はい ・ いいえ )
2. 紹介状はお持ちですか。 ( はい ・ いいえ )
3. 交通事故による受診ですか。 ( はい ・ いいえ )
4. 仕事中のけが・病気による受診ですか。 ( はい ・ いいえ )
5. 最近、時間外に救急外来を受診されたことがありますか。 ( はい 月 日 ・ いいえ )
6. 受診したい診療科を○で囲んでください。

- |          |            |         |         |         |
|----------|------------|---------|---------|---------|
| ・ 総合診療科  | ・ 内分泌・代謝内科 | ・ 膠原病内科 | ・ 血液内科  | ・ 感染症内科 |
| ・ 腫瘍内科   | ・ 緩和ケア内科   | ・ 精神科   | ・ 脳神経内科 | ・ 呼吸器内科 |
| ・ 消化器内科  | ・ 循環器内科    | ・ 腎臓内科  | ・ 小児科   | ・ 外科    |
| ・ 乳腺外科   | ・ 整形外科     | ・ 形成外科  | ・ 脳神経外科 | ・ 呼吸器外科 |
| ・ 心臓血管外科 | ・ 小児外科     | ・ 皮膚科   | ・ 泌尿器科  | ・ 産科    |
| ・ 婦人科    | ・ 眼科       | ・ 耳鼻咽喉科 | ・ 頭頸部外科 | ・ 放射線科  |
| ・ 救急科    | ・ 歯科口腔外科   |         |         |         |

=====

●下記の欄は記入しないでください。

保険者番号	( 本人 ・ 家族 )
記号番号	資格取得 年 月 日 から
被保険者	有効期限 年 月 日
保険者番号	資格取得 年 月 日 から
記号番号	

問診	入力	受付・案内	総入力	総受付・連絡	確認

登録番号