

初診時間診票 ID \_\_\_\_\_

お名前(カナ) \_\_\_\_\_

こちらの問診票への記入が2回目以上の方は、変更箇所のみご記入をお願いいたします。

●緊急のご連絡先についてご記入下さい。( \*優先される方を上段に)

電話番号	携帯番号	氏名	ご本人との関係	追記(医療者記入欄)

- ・臓器提供意思表示カードはお持ちですか なし あり (臓器提供意思 あり なし)
- ・かかりつけの病院・医院は? なし あり (病院・医院名: \_\_\_\_\_ )
- ・信仰している宗教は? なし あり (名称: \_\_\_\_\_ )
- ・ご職業は? (技術者・教職・事務・販売・サービス・運輸・製造・その他具体的に \_\_\_\_\_ )  
 上の職業をご退職されている場合、退職時期は? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

- 障害者認定をされていますか 認定なし 認定あり  
 ・「あり」の場合、何の障害?(視覚 聴覚 運動 言語 意識 精神 その他:( \_\_\_\_\_ )
- 介護保険の利用は? なし あり (要支援 要介護1・2・3・4・5・申請中)  
 ・介護ありの場合、主な介護者はどなたですか? ( \_\_\_\_\_ )

●病歴(既往歴)についてお聞かせください

年齢	病名	既往の有無	治療内容	治療施設名
歳	心臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他	
歳	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	
歳	高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	
歳	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投薬	

上記以外の病気やけががありましたらご記入ください

年齢	病名	治療内容(手術 薬剤 放射線など)	治療施設名
歳			
歳			
歳			
歳			

●アレルギーの有無についてお聞かせ下さい

薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		薬剤名: 薬剤名:	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(該当食物に○)	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		卵(卵 卵製品)	
		大豆(大豆 大豆製品)	
		牛乳(牛乳 乳製品)	
		小麦(小麦 調味料)	
		魚介類(全部/さば/青魚 牡蠣/エビ/カニ)	

		そば	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		ピーナッツ	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(該当検査に○)	<b>どのような症状ですか(該当症状にチェックして下さい)</b>
		CT検査	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		カテーテル検査	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		MRI検査	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(該当に○)	<b>どのような症状ですか(該当症状にチェックして下さい)</b>
		金属	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		ラテックス	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		絆創膏	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		ヨード剤	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)
		アルコール剤	<input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> ショック(血圧低下)

・インプラント(体内埋め込み式器具)はありますか 人工弁 ステント ペースメーカー 人工関節  
埋め込み式除細器 その他( ) 装着日 年 月 日頃

●身長は?  cm 体重は?  Kg

●飲酒は? 飲む 回/週、1日に(日本酒・焼酎・ビール・ワイン・その他)を (合・mL・本)  
飲まない

・喫煙は? 喫煙する 本/日 喫煙歴 年 禁煙した( 歳頃に) 喫煙したことなし

・睡眠の状態は? 良好 不眠

睡眠薬は? 未使用 使用(時々) 使用(毎日) (睡眠薬品名: )

・排泄状態は? 尿の回数 回/日 排尿障害は? なし あり

便の回数 日に回 ・便の性状は 普通便 硬便 軟便 下痢  
下剤の使用 なし あり (下剤薬品名: )

●ご家族の構成についてお聞かせ下さい

家族	年齢	状況	主な既往歴(かかった病気)
祖父(父方)	歳	同居・別居・死亡	
祖母(父方)	歳	同居・別居・死亡	
祖父(母方)	歳	同居・別居・死亡	
祖母(母方)	歳	同居・別居・死亡	
父	歳	同居・別居・死亡	
母	歳	同居・別居・死亡	
妻・夫	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
兄・弟・姉・妹	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	
子(息子・娘)	歳	同居・別居・死亡	

記入日: 年 月 日