

共 通 問 診 票

登録番号

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）

・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：（ ）

●介護保険の利用はありますか？ ☐ 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	☐ なし ☐ あり	☐ 投薬 ☐ 手術 ☐ その他	
歳	糖尿病	☐ なし ☐ あり	☐ 投薬	
歳	高血圧	☐ なし ☐ あり	☐ 投薬	
歳	喘 息	☐ なし ☐ あり	☐ 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	☐ なし	☐ あり 薬剤名： ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 薬剤名： ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下）	どのような症状ですか（該当症状にチェックして下さい） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下）
	☐ なし	☐ あり（該当食物に○） 卵（卵 卵製品） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 大豆（大豆 大豆製品） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 牛乳（牛乳 乳製品） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 小麦（小麦 調味料） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 果物 ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） 魚介類（全部/さば/青魚 牡蠣/エビ/カニ） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） そば ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下） ピーナッツ ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下）	どのような症状ですか（該当症状にチェックして下さい） ☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック（血圧低下）

造影剤アレルギー	☐ なし	☐ あり(該当検査に○)	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい)
		CT 検査	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		カテーテル検査	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		MRI 検査	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
その他	☐ なし	☐ あり(該当に○)	どのような症状ですか (該当症状にチェックして下さい)
		金属	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		ラテックス	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		絆創膏	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		ヨード剤	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ ショック(血圧低下)
		アルコール剤	☐ 皮膚症状 ☐ はきけ・嘔吐 ☐ 呼吸困難 ☐ 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
☐埋め込み式除細動器 ☐口腔インプラント ☐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 1 合=180ml

・喫煙は? ☐吸わない ☐吸う ☐吸っていた(歳頃に) 本/日 喫煙歴 年

・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:)

・女性の方へお聞きします 現在妊娠されていますか (はい ・ いいえ)

●ご家族の構成についてお聞かせ下さい(同居していないご家族についてもご記入をお願いします)

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	

※「救急外来問診票」記入済の場合は3枚目の記入は不要です

●以下、マイナ保険証及び診療情報の取得について、お読みいただいた上でご回答ください

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。（マイナ保険証を用いて、オンラインで患者さんの診療情報を取得・利用する体制を当院は有しております。）

・マイナ保険証を用いた診療情報の取得に ☐ 同意する ☐ 同意しない ☐ マイナ保険未所持

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？（ ☐ はい ☐ いいえ ）

●本日受診した症状について 症状の内容、発症時期、経過等についてご記入ください

※他の問診票等で既に回答頂いている方は、空欄で結構です

●現在通院されている他の医療機関について 医療機関名、受診日、治療内容 等についてご記入ください

※紹介状をお持ちの方は、空欄で結構です

●過去1年間で健診（特定健診か高齢者健診）の受診はありましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、空欄で結構です。

☐ なし ☐ あり（受診時期： 指摘事項： ）

記入日： 年 月 日

2018.1 第1版 2018.3 第2版 2019.12 第3版 2020.3 第4版 2023.10 第5版 2024.2 第6版