

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	<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 薬剤名： _____ 薬剤名： _____	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)
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(該当食物に○) 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) 果物 魚介類(全部/さば/青魚 牡蠣/エビ/カニ) そば ピーナッツ	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)

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) □皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)	
		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) □皮膚症状 □はきけ・嘔吐 □呼吸困難 □ショック(血圧低下)	
		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) 1合=180ml
□飲まない

・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	

記入日: 年 月 日