

問診票

お名前 様 (男・女)

記入日 年 月 日

下の表の□に☑印をつけて下さい

1. 今日はどうされましたか？	月	日	時	ごろから
<input type="checkbox"/> 熱がある (最高		°C)		
<input type="checkbox"/> 下痢 → 便の状態 (水っぽい・どろどろ)	回数 ()	回	
<input type="checkbox"/> 発疹 (ブツブツ) がある				
<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> おなかが痛い	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	
<input type="checkbox"/> せき・たん	<input type="checkbox"/> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 息が苦しい	
その他の症状				
2. この1~2週間の間で発熱はありましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(いつ：	何°C：)
3. 「熱さまし」「痛み止め」を使用しましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(薬品名：	いつ：)
4. 病気の人と接触しましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(病名：	いつ：)
5. 最近予防接種を受けましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(ワクチン名：	いつ：)
6. 最近 (1年以内) 海外に行かれましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(行先：	いつ：)
7. 以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(病名：	いつ：)
8. アレルギーはありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(薬品名：	食品名：)
		その他：)
9. 注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たことはありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(薬品名：)
10. 現在、他の医療機関に通院していますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(病院名：)
11. 現在、処方されている薬はありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(薬品名：)
12. この1年間で特定健診や高齢者健診を受けましたか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
13. 女性の方へ。現在妊娠していますか？ あるいは妊娠の可能性はありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(妊娠	ヶ月)	
14. 介護保険をお持ちの方へ。要支援・要介護度の有無を記載してください。				
介護度：	なし	要支援	1・2	要介護
				1・2・3・4・5

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。

社会福祉法人恩徳福祉会 青山第二病院