

西暦 年 月 日 (記入日)  
中東遠地域共通問診票

(市立御前崎総合病院・しろわクリニック・菊川市立総合病院・菊川市家庭医療センター・中東遠総合医療センター・公立森町病院・森町家庭医療クリニック・磐田市立総合病院 共通)

※この問診票を受診日までに記入し、受診当日ご持参ください。小児科受診の場合★印の項目に記載

※発熱のある方は先に申出てください。

フリガナ お名前	体温: _____ 度
(男・女) 年齢 才	身長: _____ cm 体重: _____ Kg
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	血圧: _____ mmHg / _____ mmHg
(〒 - ) 牧之原市・御前崎市・菊川市・掛川市・袋井市・森町・磐田市	脈拍: _____ bpm
住 所	SPO2: _____ %
電話番号 (自宅) (携帯電話)	※受診時に各病院で測定します。

★トリアージ  緊急  診察  隔離 ( ) ※看護師記入

この問診票を記入する方がご本人以外であれば、その方のお名前 続柄( )

① 今回、受診された理由をお答えください。

- 他の医療機関から受診をすすめられたから  健康診断の結果、精密検査をすすめられたから  
 心配な症状があったから

★② 今回、受診された主な症状はどんなことですか。

- ( )  
 発熱 \_\_\_\_\_ °C  咳  鼻水  嘔気  発疹  
 嘔吐  下痢  腹痛  痛みの部位

★③ その症状はいつから、どのようでしたか。(なるべく詳しく)

月 日頃から  突然  徐々に  時々 ( )

★④ その症状で、当院以外の医療機関を受診されましたか。

受診していない  受診した 病名 医療機関名

⑤ 症状の原因に心あたりや、症状の始まる頃に何か変わったことがありますか。

ない  ある なるべく詳しく( )

★⑥ 今までにおおきな病気、けがで治療されたことがありますか。

- ない  
 ある 年頃( 歳頃) 病名 入院・手術  
年頃( 歳頃) 病名 入院・手術  
年頃( 歳頃) 病名 入院・手術

★⑦ 現在治療中(歯科を含む)の病気はありますか。(記入例、高血圧、糖尿病など)

- ない  
 ある 病名 医療機関名 所在地 市・町  
病名 医療機関名 所在地 市・町  
病名 医療機関名 所在地 市・町

★⑧ 現在、お薬を飲んでいますか。

- 飲んでいない  
 飲んでいる 薬品名(わかる範囲で)(  
お薬手帳  持っていない  持っている:診察時に見せていただくことがあります。

★⑨ アレルギーはありますか。(薬、花粉、食物などで)

- ない  ある (  くすり  食べ物  その他)  
原因物質や薬品名( )

裏面にもご記入下さい

⑩ 現在、サプリメントを飲んでいますか。

飲んでいない

飲んでいる 商品名(わかる範囲で)( )

⑪ 血縁の方のなかで、おおきな病気をされた方がありますか。(記入例、祖父が胃がん、糖尿病など)

ない

ある ( )

⑫ 薬や注射で副作用が出たことがありますか。

ない

ある 薬品名(わかる範囲で)( )

⑬ 輸血されたことがありますか。

いいえ

はい いつ頃( ) 年頃) 何をわかる範囲で( )

⑭ お酒を飲みますか。

飲まない

飲む (ビール\_\_\_\_本、日本酒\_\_\_\_合、焼酎\_\_\_\_杯、ウイスキー\_\_\_\_杯)を  
(毎日・週に数回・月に数回) 年間、飲んでいる。

⑮ タバコを吸いますか。

吸わない

吸う ( ) 才から ) 才まで、一日平均 ( ) 本)を( 吸っている・吸っていたが止めた )

⑯ 最近の食欲、睡眠、便通はいかがですか。

1) 食欲  良好  不良

2) 水分摂取  良好  不良

3) 睡眠  良好  不良 1日平均\_\_\_\_時間

4) 便通  普通  便秘  下痢

5) 排尿 (1日に ( ) 回)

⑰ ご職業はなんですか。

今のお仕事 \_\_\_\_\_

以前のお仕事 \_\_\_\_\_

⑱ 最近1年間に海外旅行をしましたか。

いいえ

はい どこへ( ) いつ( ) 年 ( ) 月 )

⑲ ペットを飼っていますか。

いいえ

はい 飼っている生き物名 ( )

◎女性の方のみお答えください

⑳ 現在、妊娠していますか。

いいえ

はい 妊娠中(\_\_\_\_ヶ月)・可能性あり

㉑ 現在、授乳されていますか。

いいえ  はい

◎病院から連絡が必要な場合の連絡先

㉒  ご自宅  携帯  勤務先  その他 連絡先の電話番号( - - )