

各科問診票

氏名

(男・女) (才)

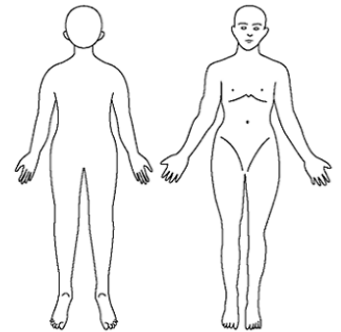
下記の質問にお答えください。具体的にご記入お願いいたします。

1. 受診理由 (症状など) について

紹介状あり・なし : 自覚症状あり・なし

いつから、どこが、どの様な症状かご記入ください。

[]



※6ヶ月以内に問診票を記入されたことがあり、変わりがなければ下記の記入は不要です。

2. これまでのご病気や治療された経過について

記入例) 30才 左鼠径ヘルニア 完治 大森赤十字病院

50才 高血圧 通院中 ○○病院

年齢(または何年)	病名や手術、入院された経過	現在の状態	病院名
才(年)		通院中・通院終了・完治	
才(年)		通院中・通院終了・完治	
才(年)		通院中・通院終了・完治	
才(年)		通院中・通院終了・完治	
才(年)		通院中・通院終了・完治	
才(年)		通院中・通院終了・完治	

3. アレルギー : なし・あり 薬品名 () 症状 ()
食品名 () 症状 () その他 ()

4. 現在服用している薬および外用薬 : なし・あり

お薬手帳 : あり・なし・持っていない

処方薬 : なし・あり : 当院のみ・他院あり

(薬品名 :)

5. ご家族の健康状態、病気歴 (癌、心臓病、腎臓病、高血圧、糖尿病、喘息、脳血管障害など)

父 : 健在・死亡 (病名) 母 : 健在・死亡 (病名)

兄弟姉妹 : 健在 (人)・死亡 (人) (病名)

6. アルコール : 飲まない・毎日・週 回・つきあい程度 (種類・量 mL/日)

7. たばこ : 吸わない・吸う (1日 本 年間) 以前吸っていた (年前まで1日 本 年間)

8. 介護保険 : 申請中、要支援 (1, 2)、要介護 (1, 2, 3, 4, 5)

9. 施設入所の方 : 施設名 ()

10. 在宅医療ありの方 : 往診医名 ()

※看護師記入欄 身長 _____ cm 体重 _____ kg (原則測定)

体温 _____ °C 脈拍 _____ 回/分 (不整あり・なし) 血圧 _____ / _____ mmHg SpO2 _____ %

・車イス、杖、難聴、視力障害、シャント、その他 ()・独居、同居あり

・妊娠の可能性 (なし・あり) 最終月経 (月 日~)・閉経 (才)・付添いあり・なし

(問診担当看護師 :) H P