

外来 初診問診票

記載日 年 月 日

氏名

◆診察時に参考にいたしますので、以下の質問にお答え下さい。該当するものを○で囲んで下さい。()内は記入をお願いいたします。

年齢 () 歳

身長 () cm 体重 () kg 健康時体重 () kg

血圧 (/) mmHg 脈拍 () 回/分

マイナ保険証をお持ちですか? いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? いいえ ・ はい ・ 不明

1. 本日、受診された主な症状をお答えください。

熱がある方は体温の記録をお願いします→ () °C

症状のある部位→ ()

どのような症状→ ()

いつ頃から → () 頃から () 日ぐらい続いている

※6ヶ月以内に当院に初診でおかかりになった方は、変更がある場合のみ、以下の質問にお答えください(例：他の病院で治療や手術を受けた、内服薬が変更になったなど)。変更がない場合は記入不要です。

2. 現在治療中の病気はありますか?

ない

ある ()

3. 今までに以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか?

Table with 4 columns: 病名, あり/なし, あり/なし, 発症年齢. Rows include 心筋梗塞, 高血圧症, 糖尿病, 心疾患, 脳血管疾患, etc.

呼吸器疾患(軽作業で呼吸困難を生じる場合には「あり」として下さい、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、肺炎、気管支拡張症、気胸、結核)	なし	あり	歳～
喘息	なし	あり	歳～
膠原病(SLE・多発性筋炎・MCTD・皮膚筋炎・強皮症・リウマチなど)	なし	あり	歳～
肝臓疾患(肝炎ウイルス感染症、慢性肝炎・肝硬変・門脈圧亢進症など)	なし	あり	歳～
腎臓疾患(慢性糸球体腎炎・腎盂腎炎・尿毒症・人工透析中・腎臓移植後)	なし	あり	歳～
HIV感染症/AIDS	なし	あり	歳～
がん：部位（ ）	なし	あり	歳～
がん“あり”の方は右から選んでください	過去5年間に転移なし	過去5年間に転移あり	歳～
血液悪性疾患((白血病・リンパ腫・骨髄腫・赤血球増多症・骨髄繊維症など)	なし	あり	歳～
麻痺症状	なし	あり	歳～
麻痺症状”あり”の方は右から選んでください	片側	両側	歳～
麻痺症状の部位を御記入願います ()			
認知症・アルツハイマー病	なし	あり	歳～
うつ・不安障害	なし	あり	歳～
アトピー性皮膚炎	なし	あり	歳～
その他(病名：)			歳～

4. 今までに手術を受けたことがありますか？

ない・ある

() 歳のとき(病名：) 病院名：)
() 歳のとき(病名：) 病院名：)
() 歳のとき(病名：) 病院名：)

5. 今までに輸血をしたことがありますか？

ない・ある→ () 歳のとき(病名：) 病院名：)
() 歳のとき(病名：) 病院名：)
() 歳のとき(病名：) 病院名：)

6. この1年間で特定健診又は高齢者検診を受診しましたか？

いいえ・はい(受診時期 月頃)
指摘事項 ()

7. 今飲んでいる薬はありますか？

*お薬手帳をお持ちの方は、提示していただければ記入の必要はありません

ない・ある(薬名) 処方した病院 ()
(薬名) 処方した病院 ()
(薬名) 処方した病院 ()

8. 食事についてお聞きします。

食事をとるのは→ 規則的 ・ 不規則

食事時間は→ (朝: 時 昼: 時 夕: 時)

食事で気をつけていることはありますか? (例: カロリーを控えめにしているなど)

()

間食の習慣は→ ない・ある (いつ頃: 何を:) 食べる

コーヒーは→ 飲まない・飲む (1日に 回、 砂糖・ミルク: 入れない・入れる)

アルコールは→ 飲まない・飲む () 歳~

アルコールの種類 () 量 (ml 日/週)

以前飲んでいたがやめた→ () 歳~ () 歳まで

アルコールの種類 () 量 (ml 日/週)

9. 排泄についてお聞きします。

排便は→ 1日に () 回

便通は→ 普通・血便・便が細い・下痢便・便秘 (下剤を飲まない・飲む)

排尿は→ 1日に () 回

性状は→ 普通・血尿・にごっている・悪臭がある・夜間に回数が多い・排尿時に痛みがある

10. たばこは吸いますか? (加熱式たばこ、電子たばこも含む)

吸わない・吸っている → () 歳~ 1日 () 本

以前吸っていたがやめた→ () 歳~ () 歳まで 1日 () 本

11. アレルギーはありますか?

ない・ある→ アレルギーの原因をわかる範囲で教えて下さい

内服薬: 薬品名 () 薬品名 ()

薬品名 () 薬品名 ()

ゴム製品・金属・アルコール綿・医療用テープ・消毒薬・造影剤

食べ物ーえび・かに・小麦・そば・卵・乳・落花生・その他 ()

* キウイ・パイナップル・マンゴーなど南国系フルーツを食べたときにのどの違和感がありますか?

ない・ある

12. 1ヶ月以内に海外へ渡航しましたか?

いいえ・はい→ 渡航した国: () 滞在期間: (/ ~ / まで)

13. 女性の方のみお答えください。

生理について 月経周期 (日型 日間) 順調・時々不順・不順

閉経後の方 閉経 (歳)

現在妊娠していますか? いいえ → 妊娠の希望はありますか? ない・ある

はい (妊娠 週)

妊娠について 妊娠 (回) 出産 (回)

妊娠中に次の症状がありましたか? 高血圧・むくみ・たんぱく尿・その他

現在授乳中ですか? いいえ ・ はい

14. 下記の手帳やカードの中で、お持ちのものがある場合はお答えください。

お薬手帳・糖尿病手帳・ペースメーカー手帳・身体障害者手帳・臓器提供意思表示カード・もしも手帳
その他医療機関を受診する際に提示するように指示されているもの

()

15. 介護保険申請を行い、介護サービスを受けているかたのみお答えください。

介護度：要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）

受けているサービス（ ）

16. 緊急連絡先

本人：自宅電話

携帯電話

①氏名 関係（ ）連絡先

②氏名 関係（ ）連絡先

17. ご家族（血縁）の状況を教えてください。同居の方に○をつけてください

父 健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

母 健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

兄弟（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

配偶者 健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

子供（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

（ ）健康・病気（心臓病 高血圧 糖尿病 がん その他）・死亡 〔同居・別居〕

18. 患者さんご自身にお聞きします。

もし、今回の病気が悪性疾患（がん）や難病などであった場合、病名の告知を希望されますか？

希望しない

希望する→医師からの病状説明を一緒に聞いてほしい家族を教えてください（ ）

19. ご家族のかたにお聞きします。

もし、今回の病気が悪性疾患（がん）や難病などであった場合、病名の告知を希望されますか？

希望しない ・ 希望する

20. ご意見・ご質問があればご記入ください。

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。

◆ 医療情報取得加算 初診時1点 再診時1点（3月に1度）