

問診票

ID. _____

華岡青洲記念病院

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) T・S・H _____ 年 月 日生

◆ 1週間以内に37.5℃以上の発熱はありましたか？ (あり・なし)

◆ 次のような症状はありましたか？該当するものに☑をつけて下さい。

☐胸が痛い ☐胸が苦しい ☐背中が痛い
 ☐脈が速い ☐脈が遅い ☐脈が飛ぶ ☐動悸 ☐息苦しい

☐24時間以内に症状がある

☐24時間以内には症状がない

上記の症状がある方は問診票の記入はここまでです。
窓口へ問診票をお渡し下さい。

下記へお進みください

職員記入欄：
 24時間以内症状あり (あり・なし)
 今現在症状あり (あり・なし)
 服用薬 (あり・なし)
 薬手帳 (あり・なし)
 携帯アプリ・マイナンバーカード

⇒上記症状以外の方はご記入お願いします。

◆ 本日はどうされましたか？ ☑をつけて下さい。

☐ 他院からの紹介 紹介状 (あり・なし)
 ☐ 健診で指摘されたため 結果持参 (あり・なし)
 ☐ 血圧が高い ☐ 体重の増加 ☐ むくみ ☐ 意識を失った
 ☐ 足が痛い ☐ 足が冷たい ☐ 静脈瘤 ☐ その他 ()

◆ いつ頃から症状がありますか？

☐ 今日から ☐ () 日前から ☐ () ケ月前から ☐ () 年前から

◆ 現在通院している病院がありますか？ (あり・なし)

病院名： _____ 病名： _____

病院名： _____ 病名： _____

◆ 今までにかかった病気はありますか？ (あり・なし)

歳頃 病名： _____

◆ 手術を受けたことはありますか？ (あり・なし) ◆ 輸血を受けたことはありますか？

歳頃 病名： _____ (あり・なし)

◆ 虫歯はありますか？ (あり・なし) ◆ アレルギーはありますか？ (あり・なし)

⇒通院していますか？ (あり・なし) ☐薬剤 () ☐食物 () ☐造影剤
 ☐麻酔 ☐金属 ☐その他 ()

◆ お酒を飲みますか？ ◆ タバコは吸いますか？ (あり・なし)

☐はい (毎日・週に 回・時々) ☐吸っている (歳～ 本/日)
 ☐いいえ ☐過去に吸っていた(歳～ 歳まで 本/日)
 ☐吸ったことはない

◆ 血縁の方に心臓病をお持ちの方はいますか？ (はい 誰か⇒ . いいえ)

◎女性の方へ 妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ)
 授乳期間中ですか (はい・いいえ)

※問診票の個人情報は、安全で正確な診療に役立てるために使用させていただくもので、その目的以外には使用いたしません。 ご協力ありがとうございました。