

基礎問診票

☑該当の項目にチェックしてください。

お名前			記入日	年	月	日
診察券番号	-	-	(男・女)	身長	cm	BD:
受診科	受付番号		歳	体重	kg	P:
						T:
						Spo ₂ :

1 本日病院にこられた症状は何ですか。

具体的症状	症状はいつ頃からですか
	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> ___日前から <input type="checkbox"/> ___週間前から <input type="checkbox"/> ___ヶ月前から

2 かかりつけ医をご記入ください。(ある場合のみ)

3 いままで大きな病気にかかったことがある方は何の病気かご記入ください。

4 手術を受けたことはありますか。

はい -----> 何歳頃ですか (_____ 歳頃)
 いいえ 何の手術ですか (_____)
 どこで受けられましたか (_____)

5 輸血を受けたことはありますか。

はい -----> 何歳頃ですか (_____ 歳頃)
 いいえ

6 現在、治療されている病気がありますか。

はい -----> どのような病気ですか
 いいえ

7 現在、常用されている薬はありますか。

はい -----> どのようなお薬ですか(お薬手帳やお薬説明書をご提示ください)
 いいえ

8 注射や薬で気分が悪くなったり、発疹がでたりなどのアレルギーを起こしたことがありますか。

はい
 いいえ

9 現在、妊娠あるいは、妊娠の可能性がありますか。

はい -----> 予定日はいつですか (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 いいえ

10 お酒、たばこの量はどのくらいですか。

お酒	たばこ
<input type="checkbox"/> 飲む (_____ / 1日) ↳ (<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 焼酎)	<input type="checkbox"/> はい (_____ 本 / 1日) <input type="checkbox"/> 喫煙していたが現在は禁煙 (_____ 歳から _____ 歳まで喫煙)
<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> いいえ

11 過去1ヶ月以内に渡航歴がありますか。また、まわりの方で渡航された方がいますか。

はい -----> どなたが (_____)
 いいえ どこへ (_____)

12 家族または血縁の方で、以下の病気の方がおられますか(祖父母、親、兄弟)

高血圧 糖尿病 心臓病 がん 脳卒中 結核

病院処理欄

※基礎問診票の原本保存を要する場合にチェックのこと

→
市立三次中央病院