

基礎問診表

☑該当の項目にチェックしてください。

お名前		(男・女)
診察券番号	-	
受診科	受付番号	歳

記入日 平成 年 月 日

身長 cm

体重 kg

1 本日病院にこられた症状は何ですか

具体的症状 []

上記の症状はいつ頃からですか

本日 ____日前から ____週間前から ____ヶ月前から

2 健診で精密検査を指示されましたか

ある ない

3 他の病院、診療所からの紹介状をおもちですか

ある ない

4 かかりつけ医をご記入ください(ある場合のみ) _____

5 いままで以下の病気やその他大きな病気にかかったことがありますか。

高血圧 糖尿病 心臓病 がん 脳卒中 ぜんそく 結核
てんかん 精神疾患 その他(病名) _____)

6 手術を受けたことはありますか。

ある ない

ある場合、いつ頃ですか又は何歳頃ですか (年 月 頃) (歳頃)
 何の手術でしょうか ()

7 輸血を受けたことはありますか。

ある ない

ある場合、いつ頃ですか又は何歳頃ですか (年 月 頃) (歳頃)

8 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

9 現在、治療されている病気がありますか。

ある ない

ある場合、どんな病気ですか
[]

10 現在、常用されている薬はありますか。

ある ない

ある場合、どんなお薬ですか(お薬手帳やお薬説明書をご提示ください)
[]

11 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。

ある ない

12 現在、妊娠あるいは、妊娠の可能性はありますか。

ある ない

13 お酒、たばこの量はどのくらいですか。

酒 _____/日
 たばこ _____本/日 喫煙年数 _____年

14 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。 ある ない

ある場合、渡航先をご記入ください。(どなたが: _____ どこへ: _____)

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

2014/10/30更新