

問 診 票 (1 / 6)

ご自身、もしくは同居されている方が、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ

患者さんのお名前

生年月日

年齢

※普段の数値をご記入ください

身長	cm	体重	Kg	血圧	/	mmHg
----	----	----	----	----	---	------

通院所要時間

約	時間	分
---	----	---

主な交通手段

<input type="checkbox"/> 車・タクシー	<input type="checkbox"/> バイク
<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> バス
<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 徒歩

ご職業

現在
過去

直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

受けた

受けていない

（健診名：

）

（いつ頃：

年

月

ごろ

）

現在飲んでいるお薬はありますか？

ない

ある：

★オンライン資格確認システムによる患者情報等の活用について★

当院では、オンライン確認システムを導入し、マイナンバーカード保険証より、診療情報を取得・活用することにより、患者さんへの質の高い医療の提供に努めております。正確な情報の取得・活用のため、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いします。

尚、厚生労働省の規定により、医療情報取得加算として、以下の通り算定致します。

初診時	1点
再診時（3ヵ月に1回）	1点

（2024年12月現在）

下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証

マイナンバーカードの保険証

マイナンバーカード保険証で受診の場合、診療情報（服薬、検診歴）取得について

同意する

同意しない

問 診 票 （ 2 / 6 ）

今後の検査・診療を行う上で、注意したいことを伺います。

薬剤アレルギーについて

なし ▶どの薬剤で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

あり

薬剤名	時期	症状

食物アレルギーについて

なし ▶どの食品で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

あり

食品名	時期	症状

その他のアレルギーについて

なし ▶何が原因で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

あり

原因	時期	症状

過去のCT/MRI/PET検査で副作用を疑う症状がありましたか？

なし

造影剤名	症状

あり

下記の中に、これまでにかかった疾患がありましたら、☑してください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 腎臓病、腎不全 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 腎臓からたんぱくが大量に出る病気 |
| <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫、ホルモン性高血圧症 | |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症（診断がなくとも、ご自身で思われる方は☑してください） | |

以下の器具について、ご自身の体内にあるものに☑してください。

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> 静脈ポート |
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 人工弁 | <input type="checkbox"/> 整形外科プレート類 |
| <input type="checkbox"/> クリップ（部位：_____） | | |
| <input type="checkbox"/> 人工血管（部位：_____） | | |
| <input type="checkbox"/> ステントやドレーン（部位：_____） | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

問 診 票 (3 / 6)

生活習慣について伺います。

飲酒 過去には飲酒していたが、現在は飲まない 全く飲まない

飲む 回/週 機会飲酒のみ 回/月

※1回の飲酒量を記載ください

ビール ml 日本酒 合 焼酎 合 ワイン ml

喫煙 吸わない

過去に吸っていた(禁煙後、1ヵ月以上経過している)

吸う

歳 ~	歳まで
本/日	
歳 ~ 現在まで	

平均 本/日

喫煙歴 年

睡眠 眠れている

あまり眠れない

※寝る前に飲んでる薬がありましたら、薬剤名と使用頻度を記載ください。

薬剤名	使用頻度
	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれに

いびきはかきますか? はい 睡眠時に器具を使用していますか? はい

食事 経口 経管 経腸 末梢点滴 IVH

食事形態 常食 お粥 カロリー制限食 (kcal)

一日の食事の回数は何回ですか? 回/日

食べられない食品がありましたら記載ください。

排泄 排尿回数 ・ 1日に () 回 ・ 夜間排尿 () 回

排尿感覚 排尿時ににくい 残尿感 排尿に時間がかかる

終了時にキレが悪い 間に合わない 尿漏れ

排便回数 ・ () 回 / () 日

便の性状 普通便 硬便 軟便 下痢便

その他、実際の状況をお知らせください。

()

下剤使用あり 薬剤名

下剤の使用頻度 毎日 1日おき 2・3日おき 週1回 たまに

コロストミー ウロストミー 腎ろう造設 カテーテル留置 自己導尿

おむつ使用 リハビリパンツ使用 尿とりパット使用

※女性の方に伺います。

閉経していますか はい いいえ

問 診 票 (4 / 6)

ご本人は、今回治療する疾患の名称と病状について、どのように理解されていますか？

疾患の 名称	
病状	

ご家族は、今回治療する疾患の名称と病状について、どのように理解されていますか？
(ご本人さまと同一の場合、ご記入は不要です。)

疾患の 名称	
病状	

障害者手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> ありNo. ()	
介護保険は利用されていますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2
<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

これまでにかかった疾患や外傷について伺います。

何歳頃	輸血 有無	病気やケガ	治療	自由記載
例) 22歳		自然気胸	処置	管を入れて脱気した
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				

過去に、放射線治療を受けたことがありますか？ あり なし

問 診 票 (6/6)

普段の移動方法について伺います。

独歩 杖歩行 歩行器 車椅子 ベッドのまま
その他 ()

日常生活動作について該当するところに○をつけてください。

	食事	洗面	トイレ	着替え	歩行	入浴	移乗	階段昇降
一人でできる								
少し介助を要す								
全介助を要す								

放射線治療を受けるとなった場合の気持ちの変化について、以下に該当するものがあれば☑してください。(複数回答可)

治療ができる安心感がある 治療の効果に不安がある
病状の進行に不安がある 特にない
気になることがある →具体的に ()

上記以外に、現在、心配なことや気がかりなことはありますか？

はい →内容 ()
いいえ

普段、ご相談できる方はいらっしゃいますか？

はい →どなたかお知らせください ()
いいえ

信仰している宗教 (宗教名) なし

信仰において入院中も継続する習慣はありますか？ なし

(習慣の具体的な内容 :)

信仰において、食事の上で制限はありますか？

(内容) なし

予め、医療者へ伝えておきたい事がございましたら、以下の余白へご記入ください。