

問 診 票

当センターでの適切な診察や治療、看護ケアを提供するにあたり、あなたの身体状況だけでなく様々な情報が必要です。この問診票へのご記入をお願いいたします。

氏 名		生年月日	西暦	年	月	日
連絡先情報：医師からの病状や治療などについての説明を一緒に聞いてほしい方で、 連絡できる方をご記入ください。連絡してほしい順に記入してください。						
	氏 名	年齢	続柄	同居	自宅TEL	携帯電話
1		才		同・別		
2		才		同・別		
3		才		同・別		
4		才		同・別		
通院手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
通院所要時間	約 時間 分					
今日は、どなたと来院されていますか？						
<input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 叔父 <input type="checkbox"/> 叔母 <input type="checkbox"/> 甥 <input type="checkbox"/> 姪 <input type="checkbox"/> 婚約者 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
受診の動機	<input type="checkbox"/> 他の病気治療中に見つかった <input type="checkbox"/> 自覚症状あり受診した <input type="checkbox"/> 特定健診・健康診断 → 受診時期： 年 月頃 <input type="checkbox"/> 人間ドック 指摘事項：					
主な症状						始まった時期 年 月頃
病 名						
紹介元医療機関名： (紹介元医療機関で説明を受けた内容)	<input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 紹介状なし <input type="checkbox"/> 健診結果あり <input type="checkbox"/> 健診結果なし					
医師や看護師からの病状や治療についての説明に対するご要望はありますか？						
<input type="checkbox"/> 詳しく聞きたい <input type="checkbox"/> 要点のみ聞きたい <input type="checkbox"/> あまり聞きたくない <input type="checkbox"/> 医師の判断に任せる						
マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ <input type="checkbox"/> 同意した <input type="checkbox"/> 同意していない						
運転免許証や保険証などに臓器提供をする意思を表示していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

以下の質問事項にお答えください。

1. アレルギーについて

医師の入力（薬剤） 医師の確認（薬剤以外）

種別	有無	原因となったもの		症状
薬剤	有・無	薬剤名		
食物	有・無	食物名		
その他	有・無	品名		
造影剤	有・無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他（ ）の検査時		

造影剤使用歴 なし あり（CTMRI血管造影その他） わからない

造影剤副作用カード 持っていない 持っている *患者カードの提示をお願いします。

ゴム製品で皮膚が赤くなったり、かゆみがでたことがありますか？ なし あり

2. これまでにかかった病気・事故などについて

ぜんそく 糖尿病 高血圧 脳梗塞 脳出血 がん（部位 ）

膠原病（関節リウマチSLE強皮症） 緑内障 前立腺肥大症

心臓病（病名： ） その他（病名： ）

手術を受けたことがある
（いつ・どのような： ）

放射線治療を受けたことがある（いつ： 部位： ）

事故（いつ・どのような： ）

認知症 精神疾患（病名： ） 在宅酸素使用中 透析中

服用中のお薬 なし あり *お薬手帳や薬剤情報提供書の提示をお願いします。

お薬名	
-----	--

3. 体内埋め込み機器や金属など

ペースメーカーやICD（埋め込み型除細動器）
*手帳の提示をお願いします（記載No. ）

埋め込み型ポート *患者カードの提示をお願いします
いつどこで（ ）埋め込み部位（ ）

人工関節（部位： ） プレート・ボルトなど

義肢・義足（部位： ） インプラント 人工弁など

4. 採血、輸血について

①輸血について	輸血が必要となった場合、輸血を <input type="checkbox"/> 受ける <input type="checkbox"/> 受けない
②採血について	採血禁止の部位はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）

5. 体重変化について

1年以内に体重に変化はありましたか？ 変化なし 変化あり

増えた↑（ ）カ月で（ ）kg 減った↓（ ）カ月で（ ）kg

<input type="checkbox"/> 階段で2階に上がると息が切れる（途中で休憩が必要）	<input type="checkbox"/> 左記症状はない
--	----------------------------------

6. 女性の方への質問

①妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終月経: 月 日)
②月経	初潮 () 歳 (<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順) <input type="checkbox"/> 閉経 () 歳
③出産歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 第1子出産年齢 () 歳 妊娠した回数 () 回 出産した人数 () 人

7. 仕事、嗜好など

①仕事について	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (仕事内容:)		
	<input type="checkbox"/> 休職中または休職予定 (仕事内容:)		
②嗜好について			
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 過去に飲んでいた (才 ~ 才頃まで)		
	<input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> その他 () 本・ml/日		
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 現在吸っている (才頃から 本/日)		
	<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた (才 ~ 才頃まで 本/日)		
③食事について			
食事回数	回/1日	固さ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動
食欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 減退 (いつ頃から: 年 月頃)		
飲みこみ	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲みこみにくい	経管栄養	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
④睡眠について			
睡眠時間 (時 ~ 時)	<input type="checkbox"/> 良く眠れる <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 睡眠薬を服用		
⑤排泄について			
排便について	回数	回/ 日	最終排便 月 日
状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 薬を服用中 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
方法	<input type="checkbox"/> 自カトイレ <input type="checkbox"/> 介助トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 寝たまま <input type="checkbox"/> おむつ		
排尿について	回数	回/1日	夜間 (夜9時~朝6時) の回数 回
状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 排尿時痛あり <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工膀胱		
⑥日常生活について			
歯磨き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる → 方法 ()		
入れ歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 取り外し可)		
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる → 方法 ()		
着替え	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる → 方法 ()		
洗髪	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる → 方法 ()		
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖が必要 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用		
	<input type="checkbox"/> 介助がいる → 方法 ()		
	<input type="checkbox"/> よく転ぶことがある		

⑦視力について
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視（老眼も含む） <input type="checkbox"/> 見えない（全盲もしくは何らかの病気） <input type="checkbox"/> メガネ使用 <input type="checkbox"/> コンタクト使用
⑧聴力について
<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左）

8. ご家族・血縁の方が罹られた病気（がん以外も含めて）はありますか？

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」とお答えの場合、以下に詳細をお書きください		
続柄	が ん 部位もしくは病名	がん以外 病 名
父		
母		
兄弟姉妹		
子		
その他 ()		

9. かかりつけ医（紹介元医療機関を含めいつも診てもらっている医療機関をお書きください）

医療機関・医院名		担当医師	
医療機関・医院名		担当医師	
歯科医院名		担当医師	

10. 介護、障害に関して

介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
障害者認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害） 認定級（ ）級）				
ケア マネジャー	事業所名				
	担当者氏名		TEL		
利用介護サービス内容					
訪問看護等の利用		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している			

11. その他、医療に関するお考えやご希望がありましたらご記入ください。

--

記入日：西暦 年 月 日

記載者：本人 本人以外（ ）

ご協力ありがとうございました。最良のがん医療の提供が出来るように努めます。

マイナ保険証の利用・同意いただくことで、健診結果やお薬情報などが取得できるようになります。
質の高い医療、正確な情報の取得・活用の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・システム基盤整備体制充実加算】※下記の(カッコ)内は自己負担割合が3割の場合

◆マイナ保険証を利用した場合 2点（6円） ◆従来の保険証を利用した場合 6点（18円）

★マイナ保険証を利用いただくことで、自己負担額が軽減されます。★