【内科問診票】

令和　　　年　　　月　　　日

診察券番号

氏名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　歳　　（　男　・　女　）

1. **紹介状はありますか？**

　　□あり　（CD・フイルム　　□あり　□なし）　　　　　□なし

1. **本日はどうされましたか？すべて選んでください。**

・健康診断の再検査（精査）目的ですか？

□肺がん　　□胃がん　　□大腸がん　　□血液　　□尿

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□いいえ　　□はい

・自覚症状はありますか？

・いつからですか　（　　　　　　　から）

・症状 □発熱　　□咳・痰　　□息苦しい　　□食欲低下

□下痢・嘔吐　□痛み（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

　□いいえ　　□はい

**・**症状がある方は、当院以外で診察を受けましたか？　 □いいえ　　□はい

1. **今回の症状に関係なく普段から服用されている薬はありますか？**□あり　□なし

お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。看護師にお渡しください。

　　　　　　　　　薬名：

1. **アレルギーはありますか**？

薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　）　食物（　　　　　　　　　　　　　　　　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

□なし　　□あり

1. **今までにかかった病気や、治療中（通院中）の病気はありますか？**

　　　□なし　　　□あり

□高血圧　　□肺結核　　□脳卒中　　□喘息　　□心臓病

□糖尿病　　□緑内障　　□前立腺肥大

□がん（部位：　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）

1. **女性の方にお伺いします。**

・妊娠の有無　□なし　　　□ある（妊娠　　　ヶ月）　　□不明

（裏面に続く）

1. **手術の経験はありますか？**

□なし　　□あり　（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　　手術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**8. 輸血について**

・今までに輸血の経験はありますか？

　　　 □なし　　　□あり（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・治療上輸血が必要となった場合

□輸血する　　　□拒否する

**9. 生活習慣について**

・たばこ　□吸う（　　　本/日　　年間）　□吸っていた（　　　才まで・　　　本/日　　　年間）　　□吸わない

・お酒　　□飲む（種類：　　　　　　　　量：　　　　　　　mｌ/日）　　　　　□飲まない

**10. 検査の結果、がんなどの深刻な病気がわかった場合、告知を希望されますか？**

□希望する　　□希望しない　　※この回答はいつでも変更できます

1. **検査の結果はどなたと聞きたいですか？**

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※この回答はいつでも変更できます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ご記入ありがとうございました。以下は看護師記入欄です。 |  |
|  |  |

T＝　　　　　　　　　　P＝　　　　　　　　　R＝　　　　　　　　　BP＝

SPO2＝　　　　　　　　　　　　　　　　 　酸素吸入　　　　　L/分　中

□　T＜36℃　または　＞38℃

□　P 90回／min 以上

□　R　20回／min　以上

□ 収縮期血圧100ｍｍHg以下

□　SpO2＜90％

※↑上記2項目以上満たすとき医師へ報告　　　　　　　※更に上記1項目でも満たすとき、至急医師へ報告！

【発熱受診で以下の症状があればチェックしてください】

□咳　　　□痰　　　　□頭痛　　　□関節痛　　□腹痛　　□下痢　　　□嘔吐

□同症状の近親者がいる

□1ケ月以内に海外渡航歴がある　　（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　国名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ns（　　　　）