

呼吸器科問診用紙

来院日 年 月 日

お名前 _____ 様 _____ 歳 男・女 身長 (_____)cm
体重 (_____)kg

1. 今日はどのような症状がありますか？

- ・息切れ・呼吸困難
- ・咳が出る、痰が出る
- ・喘息発作
- ・胸が痛い(右・左)
- ・熱がある _____ °C
- ・肺に影があるといわれた(右・左)
- ・アスベストに接触したことがありますか(有・無)
- ・その他 [_____]

2. その症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

- ・急に悪くなった
- ・徐々に悪くなった

3. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？

病院名 _____
受けた検査 _____
飲んだ薬 _____
何と言われましたか？ _____

4. 今までに罹った病気についてお伺いします。

- ・特にない
- ・高血圧 ある ない ・心臓病 ある ない
- ・糖尿病 ある ない ・結核 ある ない
- ・気管支喘息 ある ない
- ・その他の病気 [_____]

5. 今までに入院や手術を受けたことがありますか？ ある ない

ある方は _____ 歳の頃 のため入院・手術
_____ 歳の頃 のため入院・手術
_____ 歳の頃 のため入院・手術

6. 現在飲んでいる薬がありますか？ ある ない

お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

[_____]

どこでもらっていますか？ 病院名 _____

7. アレルギーはありますか？ ある ない
ある方は 食べ物(_____) 花粉症 その他(_____)

8. 薬のアレルギーはありますか？ ある ない
ある方は _____

9. タバコを吸いますか？
・吸う _____ 本/日 歳から ・以前吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳まで 本/日
・吸わない ・周りにタバコをすう人がいる

10. お酒を飲みますか？
・飲む 何を _____ どれくらい
・飲まない

11. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？
妊娠している週 妊娠の可能性がある 妊娠していない
授乳している 授乳していない

12. 今までどのようなお仕事はなさっていましたでしょうか？全てお書き下さい
仕事内容: _____ いつごろですか? : _____ 歳から _____ 歳
_____ _____ 歳から _____ 歳
_____ _____ 歳から _____ 歳

※裏面の記載もお願いします。□

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

- 1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
- 2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
- 3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ()
- 4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、より質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。