

初診時（入院時）問診票

待ち時間や手続の合間にお書き下さい。書ける範囲で結構です。書き方のわからないところは空欄で構いません。

患者さんの氏名 男・女 患者さんの生年月日 年 月 日
患者さんの住所 最寄り駅
患者さんの電話番号
患者さんの利き手（右・左） 身長（ ）cm 体重（ ）kg
緊急時・重大事の連絡先（できるだけたくさん）
氏名 患者さんとの関係 連絡先（自宅・勤務先・携帯電話）

※電話をかけたとき、最初に出た人に「多摩あおば病院ですが」と言ったらいけない場合は、その連絡先の右に◎をつけてください。

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか（はい・いいえ）
- ・他医療機関からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちですか（はい・いいえ）
- ・今日はどういうことでこの病院にお越しになりましたか（お困りの症状、いきさつ等）

・いつごろから、どんな症状があったかを、古い順に書いて下さい。

・このことで、これまで相談した機関（保健所など）や、かかった病院・クリニック等を書いて下さい

機関名（ ）	年	月ころ～	年	月ころ
機関名（ ）	年	月ころ～	年	月ころ
機関名（ ）	年	月ころ～	年	月ころ
機関名（ ）	年	月ころ～	年	月ころ
機関名（ ）	年	月ころ～	年	月ころ

・この病院を何でお知りになりましたか

- 1.（ ）病院の紹介
- 2.（ ）クリニックの紹介
- 3.（ ）保健所の紹介
- 4.（ ）役所の紹介
5. 病院前の看板
- 6.（ ）駅の看板
7. 電話帳
8. ホームページ
9. 当院にかかっている人ないしその家族からの紹介（その方の氏名： ）

・現在治療中の病気がある場合は、病名、お薬、かかっている病院名を書いて下さい

・現在、妊娠中または授乳中ですか（はい・いいえ） ※女性のみ
はいの場合 妊娠（ ）週目 または 生後（ ）ヶ月

・この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか（はい・いいえ）

- ・患者さんは、これまで大きな病気にかかったことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、()歳ころ 病名 ()
()歳ころ 病名 ()
()歳ころ 病名 ()
 - ・これまで大きな怪我をしたことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、()歳ころ 内容 ()
()歳ころ 内容 ()
 - ・これまで頭を強く打ったり意識を失ったりしたことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、()歳ころ 内容 ()
()歳ころ 内容 ()
 - ・薬を飲んで、アレルギーや発疹が出たことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、()歳ころ 薬の種類・名前 ()
()歳ころ 薬の種類・名前 ()
 - ・食べ物のアレルギーはありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は 内容 ()
 - ・これまで薬物の乱用があったことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、(アルコール ・ 覚せい剤 ・ シンナー ・ 大麻 ・ その他 ())
 - ・お母さんのお腹にいるときに何か問題がありましたか (ある ・ ない ・ わからない)
 - ・お生まれになるときに何か問題がありましたか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は、 [難産だった ・ 帝王切開だった ・ 新生児仮死があった ・ 黄疸が強かった
・ 未熟児だった・その他 ()]
 - ・小さいころ発達上の問題を疑われたことがありますか (ある ・ ない ・ わからない)
ある場合は [しゃべるのが遅かった ・ 歩くのが遅かった ・ 家族と視線を合わせなかった
・ 友達と遊ばなかった ・ 多動だった ・ その他 ()]
- 出生地 () 主な生育地 ()
最終学歴 () 卒業・中退
結婚歴 なし ・ あり (回) 離婚 (回) ・ 死別 (回)

お父さんは (健在 ・ 病気 ・ 死亡) 年齢 歳 職業
お母さんは (健在 ・ 病気 ・ 死亡) 年齢 歳 職業
きょうだいは 人 (ご本人を含めた人数) 患者さん本人は 番目 お子さんは 人

血のつながった方で、大きな病気をしたことがある方・精神科にかかったことがある方・自殺した方・警察の厄介になったことがある方・特別な問題行動のある方がいらっしゃれば書いて下さい

- ご本人との関係 () 内容 ()
 - ご本人との関係 () 内容 ()
 - ご本人との関係 () 内容 ()
- 現在同居されているのは [父 ・ 母 ・ 兄 ()人 ・ 姉 ()人 ・ 妹 ()人
・ 弟 ()人 ・ 配偶者 ・ その他 () ・ 独居]

記入日 年 月 日
これを書いてくださった方の氏名 (複数いらっしゃる場合は全員) ()
これを書いてくださった方の患者さんご本人との関係

(本人・父・母・兄・姉・妹・弟・配偶者・息子・娘・祖父・祖母・孫・その他 ())
記入していただいたことの中で、患者さんご本人や、他の家族に知られてはいけなことがあれば、その項目・内容と、知られてはいけな相手を書いてください

当院は診療情報を取得・活用することにより、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、マイナ保険証利用のご協力をお願い致します。