**【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院】（１／３）**

**問診票**

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　生年月日： □T･□S･□H･□R　　　年　　月　　日生　性別：□男・□女身長：（　　　　　　　）ｃｍ　　　　体重：（　　　　　　　）ｋｇ |
| 住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　・　　　　　　 |
| 紹介元医療機関： |
| どこが悪くて来院されましたか？それはいつからですか？　　　　　年　　月　日頃から |
| 当院以外を含めて入院の経験はありますか？　□あり　□なし入院の経験がある場合、直近の入院先、入院日・退院日についてお尋ねします。　　病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　入院日：　　　　　　　　　退院日： |
| これまでに、以下の病気になったことがありますか？ある場合は何才頃ですか？　□肝臓病　　　　　才頃　　　　　□心臓病　　　　　　　　才頃　　　□腎臓病　　　　　才頃　□結核　　　　　　才頃　　　　　□喘息　　　　　　　　　才頃　　　□高血圧　　　　　才頃　□糖尿病　　　　　才頃　　　　　□前立腺肥大　　　　　　才頃　　　□緑内障　　　　　才頃　□認知症　　　　　才頃　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）これまでに手術を受けたことがありますか？　□あり　□なし　「あり」と答えた方にお尋ねします。それは何の手術で何才頃でしたか？　手術：　　　　　　　　　　　　（　　　才頃）　　手術：　　　　　　　　　　　　（　　　才頃）　手術：　　　　　　　　　　　　（　　　才頃）　　手術：　　　　　　　　　　　　（　　　才頃）体内人工物がありますか？　　　　　　　　　□あり　□なし　「あり」と答えた方にお尋ねします。それは何ですか？　品名：□心臓ペースメーカー　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）血のつながった親族に病気の方はいますか？　　　□いる　　□いない　「いる」と答えた方にお尋ねします。その方の病名は何ですか？　□肝臓病　□心臓病　　　□腎臓病　□結核　　□肺疾患　□高血圧　□糖尿病　□前立腺肥大　□緑内障　□その他　（　　　　　　　　　　） |
| 薬・サプリメント・栄養食品の使用についてお尋ねします。　現在使用している薬はありますか？　　　　　　　　　　　　□あり　□なし「あり」とお答えいただいた方にお尋ねします。お薬手帳をお持ちですか？　　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ　現在使用しているサプリメント・栄養食品はありますか？　　□あり　□なし　　「あり」とお答えいただいた方に使用されている製品名をお尋ねします。　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギーについてお尋ねします。これまでにアレルギー症状がでた経験はありますか？**【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院】（２／３）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□あり　□なし　「あり」と答えた方は下記事項について該当する項目にチェックをお願いします。食物アレルギー　　□卵　□乳製品　□小麦　□魚　□その他食品（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　薬剤アレルギー□抗生物質　□造影剤　□輸血　□麻酔　□アルコール　□キシロカイン　□ピリン□その他薬品（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　その他アレルギー　　□花粉　□アトピー　□動物　□ダニ・ハウスダスト　□真菌　□金属　□ゴム□その他（　　　　　　　　　　　　）アレルギー症状が出た方にお尋ねします。その症状、行なった処置はどのようなものでしたか？具体的な症状：（痒み・蕁麻疹・発赤・発熱・下痢・腹痛・嘔吐・アナフィラキシーなど）症状に対する処置：（薬剤を使った・入院したなど） |
| ワクチン接種についてお尋ねします。一ヶ月以内にワクチン接種を受けたことがありますか？　　　□はい　□いいえ　「はい」と答えた方にワクチンの種類をお尋ねします。　　ワクチン名：　　　　　　　　　　　　新型コロナウイルスワクチン接種を受けましたか？　　　　　□はい　□いいえ　「はい」とお答えになった方に、直近2回の接種日をお尋ねします。年　　月　　日　　　　　・　　　　　年　　月　　日 |
| 現在以下の医療処置をおこなっていますか？　□IVH（CV）　□IVH（ポート）　□IVH（PICC）　□末梢点滴・持続　□末梢点滴・適宜□経鼻経管栄養　□胃ろう　□腸瘻　□気管切開　□酸素療法（　　L）　□人工呼吸器　□吸引　□吸入□HD　□CAPD　□疼痛コントロール　□褥瘡処置　□創処置　□導尿　□留置カテーテル（部位：　　　　　）　□ストーマ（□尿・□便）□自己注射　（　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活習慣についてお尋ねします。　喫煙習慣　：□有　□無　□止めた　　喫煙年数：　　　　年始めた時：　　　　才頃　　止めた時：　　　　才頃　本数（過去含む）：　　　本／日　飲酒習慣　：□有　□無　　飲酒頻度：　　　回／週　　　飲酒量：　　　　　　 |
| 海外への渡航歴についてお尋ねします。　過去１ヶ月以内に海外へ行かれましたか？　□なし　　□あり　渡航先（　　　　　　　　　　　）渡航期間（　　　　　　　　　　） |
| 女性の方にお尋ねします。　最後に生理があったのは　　（　　　）才の時（　　　月　　日から　　　月　　　日）　生理はいつも　　□規則的で　（　　　）日ごと　　　□不規則で（　　　　）日～（　　　）日ごと　妊娠の可能性は　□可能性がある　　□可能性がない　□わからない |
| 検査の結果あなたが、がんなどの難病であった場合の告知について、あなたの考えをお尋ねします。**【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院】（３／３）**　病名を　　　　　（□教えて欲しい　　□教えて欲しくない　　□わからない）　治るかどうかを　（□教えて欲しい　　□教えて欲しくない　　□わからない）　ご家族へは　　　（□告げて欲しい　　□告げて欲しくない　　□わからない） |
| ご家族状況についてお尋ねします。同居のご家族はありますか？　　　□あり（□同居者はあるが日中は独居）　□なし　「あり」とお答えた方にお尋ねします。どなたと同居されていますか？□夫・妻　□子ども　□親　□兄弟　□その他（　　　　　　　　　　　　　）治療のことで相談出来る方はありますか？　　　　　　　　　　　□あり　□なし「あり」と答えた方にお尋ねします。その方はどなたですか氏名：　　　　　　　　　　　　関係：　　　　　　　□同居　□別居　連絡先：　　　　　　　　　・介護が必要な時、必要となった時に介護できる方はありますか？　□あり　□なし「あり」と答えた方にお尋ねします。その方はどなたですか氏名：　　　　　　　　　　　　関係：　　　　　　　□同居　□別居　連絡先：　　　　　　　　　・緊急連絡先についてお尋ねします。氏名：　　　　　　　　　　　　関係：　　　　　　　□同居　□別居　連絡先：　　　　　　　　　・ |
| 現在生活されている場所についてお尋ねします。　□自宅　□施設　□病院　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳を持っていますか？□身体障害者手帳（障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　等級：　　　級）　□精神障害者手帳（　　　級）　　　　　　　　□療育・愛護手帳（　　　　級） |
| 介護保険等サービスの利用についてお尋ねします。　介護保険の認定を受けていますか？□対象外　□未申請　□申請中　□更新申請中　□区分変更申請中□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5　居宅介護支援事業所・相談支援事業所の利用をされていれば事業所・担当者について教えてください。事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　担当者：在宅サービス利用をされていますか？□はい　□いいえ |
| マイナ保険証による診療情報取得についてお尋ねします。　マイナ保険証による診療情報取得に　（□同意します　□同意しません）「同意します」の場合は以下記入不要です。　この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。　　　　　　　　（□受診した　　□受診していない）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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）　加算1：4点　加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合 |