公立大学法人福島県立医科大学附属病院　共通問診票

全診療科共通の問診票です。記載して当日持参してください。

※以下の方は記載不要です。

(1)3ヶ月以内に問診票を記載したことのある方　(2)PET検査・核医学検査のみの方

　　記入日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日

以下チェックの上（☑）お答えください。

①今までにかかった病気や現在治療中の病気についてお答え下さい。

□無

□有

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 疾患名 | 入院歴 | 手術歴 | 治癒状況 |
|  |  | 有　無 | 有　無 | 治癒　治療中　その他 |
|  |  | 有　無 | 有　無 | 治癒　治療中　その他 |
|  |  | 有　無 | 有　無 | 治癒　治療中　その他 |
|  |  | 有　無 | 有　無 | 治癒　治療中　その他 |
|  |  | 有　無 | 有　無 | 治癒　治療中　その他 |

②内服している薬はありますか。

□無　　□有　　※有の方はお薬手帳をご持参ください。

③この1年で健康診断を受診しましたか。※異常ありの場合は指摘事項にご記入ください。

□いいえ　　□はい（受診時期　　　　年　　月　　日、指摘事項　　　　　　　　　　）

④（女性のみ）現在、妊娠中または授乳中ですか。

□いいえ　　□はい（□妊娠中　□授乳中）

⑤タバコ（電子タバコ含む）は吸いますか。

□吸わない　　□以前吸っていた：1日（　　　）本、（　　　）歳～（　　　）歳

□吸う：1日（　　　）本、（　　　）歳～

⑥お酒は飲みますか。

□飲まない

□飲む　 　□毎日　　　□時々　　　日/週　　□　機会飲酒

1日あたり：ビール・日本酒・ワイン・焼酎　　　　　　　 ml

**裏面あり**

⑦現在、仕事をしていますか。

□無（以前：　　　　　　　　　）　　□学生（　　　　　　　　　　　）

□有（　　　　　　　　　　　　）

⑧介護認定を受けていますか。

□無 □申請中

□有　　（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）

⑨障がい者手帳をお持ちですか。

□無　　　　□有　（身体　療育　精神）　・等級（　　）級　・その他（　　　　　　　）

⑩同居者はいますか。　　　□無　　　　□有（ご関係：　　　　　　　　　　）

⑪キーパーソン（最も頼りにしている方）の氏名・ご関係・連絡先をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 氏名 | ご関係 | 連絡先（電話番号） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⑫血縁のある方に、癌、心臓病、糖尿病、高血圧、脳卒中の病気の方はおられますか。

　□無 （病名）

□有　（　　　　　　　　　　）父、母、兄弟姉妹、子供、祖父、祖母、その他（　　 　）

　　　　（　　　　　　　　　　）父、母、兄弟姉妹、子供、祖父、祖母、その他（　　 　）

　　　　（　　　　　　　　　　）父、母、兄弟姉妹、子供、祖父、祖母、その他（　　 　）

**以下の項目は必ず記入して下さい。**

**⑬アレルギーはありますか。**

□無　 ※有の場合、薬剤など該当部に☑して、詳細欄に記載してください

□有 　 □薬剤　　□造影剤　　□食べ物　　□その他

|  |
| --- |
| 詳細欄  　　　　　　　　　　　アルコール・金属・ゴム（ラテックス）・花粉症・ハウスダスト |

**⑭体内又は体表面に医療機器はありますか。**　※ご不明な点がある場合はお尋ねください。

□無　　□有 ・ペースメーカー　　・植込み型除細動器　　・脳深部刺激装置

　 ・皮下埋め込み型ポート

・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑮何かスタッフに相談したいことはありますか。**　　　□無　　□有　（以下より選択）

　□日常生活について　□在宅サービスや介護保険について　　□治療費について

□お薬や食事などの管理について　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※必要事項については、再度医師や看護師から問診をする場合がありますのでご了承下さい。ご協力ありがとうございました。