

# 感染症リウマチ内科感染症問診票

看護師記入時間 ( : )

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無・有 ( )

かかりつけ医 無・有 ( )

持参資料 無・有 ( )

付き添い 無・有 ( )

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ ( ) 歳

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している( )週・授乳中

## ●いつから、どのような症状がありますか？

発熱 ( °C) ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 血便 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ 関節痛  
発疹 ・ 胸痛 ・ 腰痛 ・ 背中痛み ・ 筋肉痛 ・ むくみ ・ 動悸 ・ 頻尿 ・ 残尿感 ・ しびれる  
その他 ( )  
(いつから、どのようなことが起こりましたか？)

## ●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。(歯科含む)

病気: がん ( ) ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 ( 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 )  
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ・膠原病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 血液の病気  
甲状腺の病気  
その他 ( )  
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？  
どなた ( ) が、いつ ( ) 病名 ( )  
手術: いつ ( ) 術名 ( )  
輸血: なし ・ あり

## ●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある (薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)  
( )

## ●アレルギーはありますか？

ない ・ ある (下記に記載)  
気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物 ( ) ・ 薬 ( ) ・ 造影剤

## ●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない ・ やめた ・ 吸う) ( \_\_\_\_\_ 本/日) ( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで)  
飲酒・・・(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類 ( \_\_\_\_\_ ) 量 ( \_\_\_\_\_ 合 \_\_\_\_\_ mL)  
( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 回/週 ・ 月 )

## ●最近、以下のようなことはありましたか？ あるものに○をつけて、いつのことかご記入ください。

野外活動 ・ 動物や昆虫との接触 ・ 子供との接触 ・ 発熱・感染症の人との接触 ・ 海外への旅行  
(いつから、いつまで？ その場所？)

## ●最近 予防接種・ワクチン をうちましたか？

なし ・ ある (下記にご記入ください)  
( )

## ●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ