

血液内科問診票

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 ()

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・最終月経 月 日から 日間

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？

発熱 () °C ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 食欲がない ・ 咳 ・ 関節痛 ・ 発疹 ・ むくみ
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・入院歴等がありましたら教えてください。

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 ・ 膠原病 ・ リウマチ ・ 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られた方はいますか？
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)
最近の体重の変化・・・(減った・変わらない・増えた)
寝汗・・・(あり・なし)

●介護認定 項目に○を付けてください。

未申請 申請中 非該当 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

《裏面へ続く》

●家族構成、および同居されている方々を教えてください。

また、なにかあったときに一番相談したい方を○で囲んでください。

●どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人 ・ 家族:お名前() (続柄:) ・ その他 ()

●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

改訂日:2024年7月

聖隷三方原病院 血液内科