

外来共通問診票

記入日 年 月 日

横浜南共済病院では、外来通院される患者様に安全で適切な診療・看護を行うために必要な基本情報をお伺いしております。お答えいただいた大切な情報の秘密は厳守し、診療・看護のみに使用させていただきます。ご協力お願い致します。

診察券番号 () お名前 () ご職業 ()

至急ご本人やご家族への連絡が必要になる場合があります。

ご自宅以外の連絡先（本人携帯など）を2箇所ご記入ください。

1) ☎ — — (お名前 関係)
2) ☎ — — (お名前 関係)

どなたとお住まいですか？ (独居 同居家族あり)

検査結果や病状説明を一緒に聞いてくださる方はどなたですか？

(お名前 関係) ☎ — —

1. かかりつけのクリニックまたは病院はありますか (あり なし)

ある場合は () クリニック・医院・病院
()科 担当医師名 ()

かかりつけの診療機関に病状や処方などの問い合わせをしてもよいですか
(はい いいえ)

2. 今までに病気・けが・手術をしたことがありますか (あり なし)

ある場合は病名、治療された年齢、病院名をご記入ください。

例) ○才 高血圧 △△クリニック など

3. 現在使用している薬剤はありますか (あり なし)

(内服や自己注射など全て含みます) ある場合は薬品名をご記入ください。

4. 食べ物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか (あり なし)

ある場合は食品名・薬品名・症状をご記入ください。

薬品 () 起こした症状 ()

食品 () 起こした症状 ()

造影剤 () 起こした症状 ()

金属 () 起こした症状 ()

その他 () 起こした症状 ()

5. 嗜好品についてお伺いします

- お酒は飲みますか (はい いいえ) (日/週)
何をどの位飲みますか ()
タバコは吸いますか (はい いいえ)
喫煙歴は何年になりますか (年) 1日に何本吸いますか (本/日)
以前喫煙していたがやめた (歳頃やめた)

下記の項目であてはまるものに☑または○で囲み、()にご記入ください

6. 障害について (あり なし) →ありの方は下記質問へ

- 身障者手帳交付あり () 級
 移動方法 (杖 車イス リクライニング車椅子 ストレッチャー)
 視覚障害 (全盲 半盲 義眼【 右 左 】 白杖 盲導犬)
 聴覚障害 (両耳 右耳 左耳 補聴器使用【右 左】)
 運動障害 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 上半身 下半身)
 言語障害 (呂律不全 失語)
 発達障害

7. 介護保険について

- 介護保険の有無 (あり なし 申請中) →ありの方は下記質問へ
 介護認定を受けている (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)
 主な介護者 (お名前 関係)
 担当ケアマネージャー
(事業所名 : 担当者名 :)

利用しているサービスを○で囲み必要な項目をご記入ください

- 訪問看護 (ステーション名) 回/ 週
 訪問診療 (病院/クリニック名) 回/ 週
 訪問入浴 回/週
 訪問介護 (ヘルパー) 回/週
 移送サービス
 リハビリテーション 回/週
 ショートステイ 回/週
 その他 ()

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いたします。