

血液内科 問診票（初診の方）

年 月 日

診察を受けていただく際の参考にします
ので、お手数ですが差し障りのない
範囲でご記入ください
ご協力お願い致します

身長：（ ） cm、体重（ ） Kg

一緒に来院された方（ ）

- 1 今の体調を教えてください
いつごろから、どんな症状がありますか どのように困っていますか

- 2 普段、どの程度の活動ができますか（一つ選んでください）

0. 全く問題なく活動できる

1. 軽作業や座って行う作業はできる

2. ほとんどベッド外で過ごし、自分の身の回りのことはできるが、作業するのはつらい

3. 日中の半分以上をベッドか椅子で過ごす。トイレには歩いていく。

4. 完全にベッドか椅子で過ごす

- 3 今のんでいる薬（市販薬も含め）やサプリメント・健康食品があれば記入してください
（お薬手帳があれば見せてください）

- 4 病気について紹介元の医師からはどのような説明を受けていますか

- 5 がんなど悪性の病気がみつかった場合に告知を希望しますか（どちらかに○をつけてください）

する ・ しない

- 6 希望しない場合はどなたに説明をしてほしいですか

- 7 本日の診察で説明してほしいこと、知りたくないこと、治療への希望、などがあればご記入ください

質問は裏面にもあります

病歴など	嗜好																								
<p>① 今までにかかったことのある病気やケガ、手術などをご記入ください。 (喘息、糖尿病、高血圧、コレステロール、肝臓、腎臓、心臓、肺、甲状腺の病気、血栓、出血傾向、肺炎など感染症、がんなど)</p> <p>()歳 ()</p> <p>()歳 ()</p> <p>()歳 ()</p> <p>()歳 ()</p>	<p>① お酒は飲みますか、飲んでいましたか。 当てはまるものに○をつけてお答えください。 飲む・飲んでいた(～ 歳)・飲まない → 飲む・飲んでいた場合 間隔は(毎日・週 回・付き合い程度) 何をどのくらい ()</p>																								
<p>② 予防接種を受けていますか。 肺炎球菌:あり(歳) ・なし インフルエンザ:あり(今年・昨年 月)・なし</p>	<p>② タバコは吸いますか。○をつけてください。 当てはまるものに○をつけてお答えください。 吸う・吸っていた(～ 歳)・吸わない → 吸う・吸っていた場合 ()本/日</p>																								
生活・通院																									
<p>③ 輸血を受けたことがありますか はい ・ いいえ</p> <p>④ 歯科を最後に受診したのはいつですか。 ()年()月ごろ ・ 2年以上前 ・ 通院中 虫歯などの症状: あり ・ なし</p>	<p>① 仕事は何をしていますか、していましたか。 (例:○○の営業、○歳で退職 ○歳～○○のパート 現在: 以前:</p> <p>② 通院方法と時間を記入してください。 (例:電車とバスで30分、最寄○○駅、○が付き添い)</p> <p>③ 普段の食事の調理はどなたがされますか。 ○をしてください。 ご本人・ご家族()・その他()</p> <p>④ 日常の買い物はどなたがされますか。○をしてください。 ご本人・ご家族()・その他()</p> <p>⑤ 65歳以上の方のみお答えください。 介護保険について○をしてください。 あり ・ 申請中 ・ なし → ありの場合 (要支援:1・2 要介護:1・2・3・4・5)</p>																								
アレルギー																									
<p>① 薬や食べ物が原因でアレルギーや体の不調が起きた経験はありますか。 あり ・ なし → ありの場合は症状をご記入ください。</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">原因</th> <th style="width: 50%;">症状</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>()()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>()()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	原因	症状	()()	()	()()	()	()()	()																	
原因	症状																								
()()	()																								
()()	()																								
()()	()																								
家族歴	女性																								
<p>① 血縁の方のご病気について教えてください。 (例:父方祖母 肺がん、兄 脳梗塞など) 父: 母: きょうだい:</p>	<p>下記について教えてください。 当てはまるものに○をしてください。 最終月経()月()日～、閉経()歳 妊娠()回、出産()回</p>																								
家族構成																									
ご家族(親・子供・兄弟など)についてご記入ください。																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 10%;">同居</th> <th style="width: 70%;">氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有・無</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	続柄	年齢	同居	氏名			有・無				有・無				有・無				有・無				有・無		<p>通院や治療方針などについて、主に協力してくれる方はどなたですか 配偶者・親・子(続柄:)その他()</p> <p>ご本人に何かあったときの緊急連絡先 ()</p>
続柄	年齢	同居	氏名																						
		有・無																							
		有・無																							
		有・無																							
		有・無																							
		有・無																							
今後、育児の希望はありますか (はい いいえ)																									

※ご不明な点は看護師にお声かけください。