

大阪市立総合医療センター 外来共通問診票

- ☐ 初来初診(初診オーダー)
☐ 再来(短期)6カ月未満
☐ 再来(長期)6カ月以上(初診判断、オーダー)

記入日 西暦 年 月 日

氏名 _____

生年月日 西曆 年 月 日

※ 病状が安定した場合「かかりつけ医」などの医療機関を紹介します。ご理解・ご協力の程よろしくお願いいたします。

[illegible]

(10)	家族の病気	☐ ない	☐ ある	☐ 糖尿病（父・母・子・兄弟・祖父・祖母） ☐ が ん（父・母・子・兄弟・祖父・祖母） ☐ 高血圧（父・母・子・兄弟・祖父・祖母） ☐ 肝疾患（父・母・子・兄弟・祖父・祖母） ☐ 脳疾患（父・母・子・兄弟・祖父・祖母） ☐ 心疾患（父・母・子・兄弟・祖父・祖母）
(11)	体内にある金属や異物 例:どこに（左股関節）何が（人工股関節） どこに（左胸）何が（ペースメーカー）	☐ ない	☐ ある	どこに（ ）何が（ ） どこに（ ）何が（ ） どこに（ ）何が（ ）
(12)	検査や治療を受ける上での禁止事項 例:禁止事項（左腕からの採血と血圧測定） 理 由（手術後のため） 禁止事項（右腕からの採血と血圧測定） 理 由（透析をしているため）	☐ ない	☐ ある	禁止事項（ ） 理 由（ ） 禁止事項（ ） 理 由（ ）
(13)	女性の方のみ:妊娠の可能性	☐ ない	☐ ある	☐ わからない
(14)	あなたに使用した針や器具で 当院職員がケガをしたり、血液などが目に入った場合 病院の負担でHIVウイルス検査をさせて頂くことを ご了承願います。 プライバシーの保護については十分配慮いたします。 (右の欄に☑と署名をお願いします)	☐ 同意します ☐ 同意しません 署名 _____		

マイナンバーカードを提示しましたか	☐ はい ☐ いいえ
上記で、薬剤情報等を病院が確認することに 同意しましたか	☐ はい ☐ いいえ
連絡先	本人（電話番号: _____） 本人以外（電話番号: _____）(続柄: _____)

ここより下は医師記入欄になります

【医師記入欄】禁忌項目 あり ☐ なし ☐ (ありの場合は必ず下記項目に記載してください)			
安全管理		薬剤禁忌	
☐ 緑内障 ☐ 血友病 ☐ 抗凝固・血小板剤 ☐ 宗教上制限 ☐ AND(DNAR) ☐ がん告知未 ☐ 緩和病棟同意書 ☐ 前立腺肥大 ☐ 腎機能障害 ☐ 地域連携パス適応中	☐ サリチル酸系製剤 ☐ アニリド系局麻薬 ☐ アミノグリコジド系抗生剤 ☐ 牛乳蛋白製剤 ☐ サルファ剤 ☐ 三環系抗うつ剤 ☐ ストレプトマイシン系抗生剤 ☐ セフェム系抗生剤 ☐ テトラサイクリン系抗生剤	☐ バルビツール酸系製剤 ☐ 白金含有製剤 ☐ 非ステロイド消炎剤 ☐ ビリン系解熱剤 ☐ ペニシリン系抗生剤 ☐ ホスホマイシン系抗生剤 ☐ ヨード系製剤 ☐ 卵白製剤 ☐ リンコマイシン系抗生剤	
食物禁忌		アレルギー	
☐ 鶏肉 ☐ 豚肉 ☐ 牛肉 ☐ 肉類全般 ☐ 青赤身魚 (さば・ツナ等) ☐ 魚 (貝・イカ・タコ含む) ☐ 甲殻類 (えび・かに等) ☐ 卵 ☐ 乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ等) ☐ 牛乳のみ ☐ 大豆	☐ イチゴ ☐ オレンジ ☐ キウイ ☐ スイカ ☐ さくらんぼ アメリカンチェリー ☐ パイン ☐ パナナ ☐ ブドウ ☐ マンゴー ☐ メロン ☐ 桃 ☐ りんご ☐ その他の果物 () ☐ 果物除去	☐ そば ☐ 小麦 ☐ 山芋・長芋 ☐ ナッツ類(ゴマ・ピーナッツ類) ☐ 宗教上の食物禁忌 ☐ 動物性食品 ☐ 生魚 ☐ 花粉 ☐ ダニ ☐ アトピー ☐ ラテックス(ゴム) ☐ その他 ☐ ラテックス(フルーツ・食物) ☐ アルコール ☐ 喘息	
		フリーコメント 	