

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ヶ月未満
 再来(長期)6ヶ月以上(初診判断、オーダー)

記入日

西暦 年 月 日

氏名

生年月日

西暦 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ひいたします。

	質問	回答欄		
(1)	身長: cm 体重: kg 最近の体重増減 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少(ケ月で kg)			
(2)	当院受診理由	いつ頃から どのような症状		
(3)	通院中の病院、診療所	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	病院、診療所名 病院、診療所名 病院、診療所名 病院、診療所名
(4)	今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	()歳頃 病名() ()歳頃 病名() ()歳頃 病名() ()歳頃 病名()
(5)	今までに受けた手術	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	()歳頃 病名() ()歳頃 病名() ()歳頃 病名() ()歳頃 病名()
(6)	内服・注射している薬	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 抗凝固・抗血小板薬(血をさらさらにして血管をつまりにくくする) (薬名:) (薬名:) <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 (薬名:) <input type="checkbox"/> 自己注射の薬 (薬名:) <input type="checkbox"/> その他 (薬名:)
(7)	アレルギーやじんましん	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬 (薬名: 症状:) <input type="checkbox"/> 造影剤 検査名 () 症状 () <input type="checkbox"/> 食べ物 (内容: 症状:) <input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> アルコール消毒 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他(内容: 症状:)

(8)	たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 現在吸っている(歳から、1日約 本) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(歳から 歳まで、1日約 本)
(9)	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む1日量:(種類と量: <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいた
(10)	家族の病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> がん (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 肝疾患 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 脳疾患 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない	

マイナンバーカードを提示しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> サリチル酸系製剤 | <input type="checkbox"/> バルビツール酸系製剤 |
| <input type="checkbox"/> 血友病 | <input type="checkbox"/> アニリド系局麻薬 | <input type="checkbox"/> 白金含有製剤 |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固・血小板剤 | <input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生剤 | <input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤 |
| <input type="checkbox"/> 宗教上制限 | <input type="checkbox"/> 牛乳蛋白製剤 | <input type="checkbox"/> ピリン系解熱剤 |
| <input type="checkbox"/> AND(DNAR) | <input type="checkbox"/> サルファ剤 | <input type="checkbox"/> ペニシリン系抗生剤 |
| <input type="checkbox"/> がん告知未 | <input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤 | <input type="checkbox"/> ホスホマイシン系抗生剤 |
| <input type="checkbox"/> 緩和病棟同意書 | <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン系抗生剤 | <input type="checkbox"/> ヨード系製剤 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> セフェム系抗生剤 | <input type="checkbox"/> 卵白製剤 |
| <input type="checkbox"/> 腎機能障害 | <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系抗生剤 | <input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生剤 |
| <input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中 | | |

食物禁忌

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 鶏肉 | <input type="checkbox"/> イチゴ | <input type="checkbox"/> そば | <input type="checkbox"/> 花粉 |
| <input type="checkbox"/> 豚肉 | <input type="checkbox"/> オレンジ | <input type="checkbox"/> 小麦 | <input type="checkbox"/> ダニ |
| <input type="checkbox"/> 牛肉 | <input type="checkbox"/> キウイ | <input type="checkbox"/> 山芋・長芋 | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> 肉類全般 | <input type="checkbox"/> スイカ | <input type="checkbox"/> ナツツ類(ゴマ・ピーナツ類) | <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) |
| <input type="checkbox"/> 青赤身魚
(さば・ツナ等) | <input type="checkbox"/> さくらんぼ
アメリカンチェリー | <input type="checkbox"/> 宗教上の食物禁忌 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 魚
(貝・イカ・タコ含む) | <input type="checkbox"/> パイン | <input type="checkbox"/> 動物性食品 | <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) |
| <input type="checkbox"/> 甲殻類
(えび・かに等) | <input type="checkbox"/> ブドウ | <input type="checkbox"/> 生魚 | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> 卵 | <input type="checkbox"/> マンゴー | | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 乳製品
(牛乳・ヨーグルト・チーズ等) | <input type="checkbox"/> メロン | | |
| <input type="checkbox"/> 牛乳のみ | <input type="checkbox"/> 桃 | | |
| <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> りんご | | |
| | <input type="checkbox"/> その他の果物
() | | |
| | <input type="checkbox"/> 果物除去 | | |

フリーコメント