

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

問診票（15歳以上の患者さん用）

◎ 該当するところに○をしてください。

◎ ( )や    は、書ける範囲でご記入ください。

1. 氏名 ( )

2. 職業 ( )

3. 問診票を記入した方

1) ご本人

2) 代理の方（氏名 ( ) 続柄 ( )

4. 連絡先

1) ご本人の連絡先

・ 自宅電話番号 ( — — )

・ 携帯電話番号 ( — — )

2) 緊急時の連絡先

・ 氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話番号 ( )  
携帯番号 ( )

・ 氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話番号 ( )  
携帯番号 ( )

5. これまで、病気や大きなケガで治療を受けた経験がある場合、また現在治療中の病気があればご記入ください

( ) 歳 ( ) 治療中（当院、他院）・治癒

( ) 歳 ( ) 治療中（当院、他院）・治癒

( ) 歳 ( ) 治療中（当院、他院）・治癒

( ) 歳 ( ) 治療中（当院、他院）・治癒

提出先：病棟スタッフステーション（入院当日に提出ください）

6. 輸血を受けたことがありますか（ない・ある）

※あると答えられた方におたずねします いつ、どんな時ですか  
( )

7. アレルギーについて

- 1) 薬のアレルギーはありますか  
①ない ②ある ( )
- 2) 食べ物のアレルギーはありますか  
①ない ②ある ( )
- 3) その他のアレルギーはありますか  
①ない ②ある  
( )

8. タバコを吸いますか（吸わない・過去に吸っていた・吸う）

※現在吸う方、過去に吸っていた方におたずねします  
はじめた年齢 ( ) 歳  
やめた年齢 ( ) 歳  
1日の本数 ( ) 本

9. アルコールを飲みますか（飲まない・飲む）

※アルコールを飲む方におたずねします  
はじめた年齢 ( ) 歳  
やめた年齢 ( ) 歳  
1週間に何日飲みますか ( ) 日  
1回に飲む量 ( )

10. 排尿について

- 1) 排尿回数 (1日に ( ) 回) そのうち(夜間 ( ) 回)
- 2) お困りのことはありますか  
①ない  
②ある [ 尿漏れ・失禁・頻尿・残尿感・排尿時の痛み ]  
[ 尿が出にくい・その他 ]



