

# 初めて来院された方へ(問診票)

平成 年 月 日

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 様 職業 \_\_\_\_\_

生年月日： 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 男・女 既婚 未婚

住所： 〒 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

携帯： \_\_\_\_\_

●本日はどのような症状で来院されましたか？(できるだけ具体的にお願いします)

●今までに次のような病気にかかったことがありますか？

- |   |                                    |   |                                  |
|---|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病                | <input type="checkbox"/> 肝臓病       | <input type="checkbox"/> 腎臓病            | <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病                | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大     | <input type="checkbox"/> 高血圧症           | <input type="checkbox"/> 高脂血症    |
| <input type="checkbox"/> 緑内障                | <input type="checkbox"/> 湿疹・蕁麻疹など  | <input type="checkbox"/> 喘息             | <input type="checkbox"/> 結核      |
| <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫              | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(癌など) | <input type="checkbox"/> アレルギー( _____ ) |                                  |
| <input type="checkbox"/> その他の重大な病気( _____ ) |                                    |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> 手術歴、部位など( _____ )  |                                    |   |                                  |

●現在、他の病気で通院や治療などをされていますか？

いいえ はい (病名、薬剤名など: \_\_\_\_\_ )

●今までに薬や食事などが原因で具合が悪くなったり、アレルギー症状が出たことがありますか？

いいえ はい (食事、薬剤名など: \_\_\_\_\_ )

●こむら返りを起こしたことがありますか？ いいえ はい

●輸血をされたことがありますか？ いいえ はい わからない

●1か月以内に海外旅行に行かれましたか？ いいえ はい (場所: \_\_\_\_\_ )

●1か月以内に予防接種を受けられましたか？ いいえ はい (種類: \_\_\_\_\_ )

●お酒を呑まれますか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 合/日 \_\_\_\_\_ 回/週 )

※ 清酒1合 180ml : ビール中ビン1本 500ml、焼酎35度 80ml、ワイン2杯 240ml、ウイスキーダブル1杯 240ml  
\*1合換算となっております。

●喫煙されていますか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年 )

●最近、体重の変動はありましたか？ いいえ はい

●女性の方にお尋ねします。現在授乳もしくは妊娠をされていますか？

いいえ 授乳中 妊娠中 妊娠可能性あり 妊娠の有無はわからない

●あなたの家族で下記のような病気にかかった方がいらっしゃいましたら、続柄を記入してください。

- |  |              |                                    |              |
|--|--------------|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病                               | (続柄: _____ ) | <input type="checkbox"/> 肝臓病       | (続柄: _____ ) |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病                               | (続柄: _____ ) | <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞   | (続柄: _____ ) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病                               | (続柄: _____ ) | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(癌など) | (続柄: _____ ) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症                              | (続柄: _____ ) | <input type="checkbox"/> 高脂血症      | (続柄: _____ ) |
| <input type="checkbox"/> その他の重大な病気(病名 例)緑内障、結核、喘息、前立腺肥大など… | 続柄: _____ )  |                                    |              |

●当院は、どのようにして お知りになりましたか？

知人 ホームページ その他( \_\_\_\_\_ )

加藤道夫肝臓内科クリニック