

# 初めて来院された方へ(問診票)

令和 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れたら、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( \_\_\_\_\_ )