

# 問診票

年 月 日

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_ 歳

お住まい \_\_\_\_\_ 都・道・府・県 \_\_\_\_\_ 市・町・村・郡 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

※体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出下さい。 体温 .      °C

<p>①今日どのような症状があつて来院されましたか？具体的に記入して下さい。</p> <p>・いつから 【時期】 (      日前) (      時間前) (      ヶ月前) ( 年 月 日)</p> <p>・どこが 【部位】</p> <p>・どのように 【症状】</p> <p>①-2 他の病院で指摘された病名はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (病名 _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>②今までに病院などで、指摘されたことがある病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある      <input type="checkbox"/> 高血圧      <input type="checkbox"/> 糖尿病      <input type="checkbox"/> 心臓病      <input type="checkbox"/> 喘息</p> <p><input type="checkbox"/> 緑内障      <input type="checkbox"/> 脂質異常症      <input type="checkbox"/> その他(      )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>③現在飲んでいるお薬はありますか？(漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む)</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬の名前: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>④今までに手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (      ) 歳 (病名: _____ ) (病院名: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑤輸血を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (      年      月      日)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑥薬や注射によるショック・湿疹・じんま疹などの副作用を経験したことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬の名前: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑦アレルギー体質といわれたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある (      )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑧タバコを吸われますか？または過去に吸っていましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 吸っている(1日      本くらい)      <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(      本/日      歳～      歳まで      年間)</p>
<p>⑨お酒類は飲まれますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 飲む (種類: _____ ・どのくらい: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 飲まない</p>
<p>⑩ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いる (続柄: _____ ) (病名: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p>
<p>⑪女性の方にお聞きます。</p> <p>・最終月経日はいつですか？(      月      日) ・月経は順調ですか？( <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経)</p> <p>・妊娠していますか？( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない) ・授乳していますか？( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)</p>

ID \_\_\_\_\_ 受付時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 紹介状 有・無      CD-R 有・無  
フィルム 有・無      心電図 有・無

☎ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。