

問診票

R 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 (歳) (ID _____)

生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住所	〒 _____
電話番号	携帯: _____ 自宅: _____

当院受診のきっかけは何ですか。 紹介・インターネット・その他 (_____)

この問診票は、診察する上で大切な資料となります。可能なかぎり正確にご記入ください。

質問事項	回答
1. いつから、どのような症状がありますか。 ※事故の場合は状況も簡単に記入ください。	症状 (病名) : いつから:
2. そのことで他の医療機関を受診されましたか。	はい: 病院名 (_____) ・ いいえ
3. 今までにかかった病気はありますか。	はい・いいえ はいの方はいつ頃か記入してください。
高血圧 (歳頃) 糖尿病 (歳頃) 高脂血症 (歳頃) 脳疾患 (歳頃) 心臓病 (歳頃) 胃腸病 (歳頃) 肝臓病 (歳頃) 腎臓病 (歳頃) 肺疾患 (歳頃) 結核 (歳頃) 喘息 (歳頃) 癌 (歳頃) 無呼吸・いびき・熟睡感無し (歳頃) その他 (_____)	
・ 現在治療中の病気はありますか。	はい・いいえ 病名 (_____)
・ 手術を受けたことはありますか。	はい・いいえ (歳頃・内容 _____)
・ 輸血を受けたことはありますか。	はい・いいえ
4. 現在、飲まれている薬がありますか。	はい(お薬手帳持参 あり・なし) ・ いいえ 薬名 (_____)
5. 血縁者で以下の病気にかかった方はいますか。	はい・いいえ はいの方は (_____) 内に続柄を記入ください。
高血圧 (_____) 糖尿病 (_____) 高脂血症 (_____) 脳疾患 (_____) 心臓病 (_____) 癌 (_____) その他 (_____)	
6. 薬や食べ物で気分が悪くなったり、 湿疹が出たことがありますか。	はい・いいえ 内容 (_____)
7. アレルギーがありますか。(花粉症を含む)	はい・いいえ 内容 (_____)
8. ペットは飼っていますか。	はい・いいえ 種類 (_____)
9. 喫煙歴がありますか。	はい・いいえ ・ 以前は吸っていたが今は吸わない (歳から _____ 歳まで) ・ 吸う (1日 _____ 本位)
10. お酒は飲みますか。	はい・いいえ ・ 付き合い程度に飲む ・ 定期的に飲む (週に _____ 日位・1日に _____ 位)
11. 日々の生活リズムはどうですか。	起床時間 (_____) 就寝時間 (_____) 朝食 (有・無) 昼食 (有・無) 夕食 (有・無)
12. 女性の方にお尋ねします。	
・ 生理はありますか。	順調・不順・閉経 (歳頃)
・ 現在、妊娠の可能性はありますか。	はい・いいえ
・ 現在、授乳中ですか。	はい・いいえ
13. 最近の生活状況や気分に変化がありましたか。 (例: 引越し、仕事を辞めた、イライラする、 不安である、元気が出ないなど)	はい・いいえ 内容 (_____)
14. その他。心配事や相談したいことがありましたら、遠慮なくお書きください。	

以下は記入しないで下さい。

身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 脈 /分
 体温 °C (20歳のころの体重 kg) 利き手 右利き・左利き