

問診表(初めての方用)

ふりがな

記入日 平成 年 月 日

お名前 _____ 様

性別(男性 女性) 年齢()歳

身長: . cm

体重: . kg

お仕事 _____

緊急連絡先 _____

(自宅 携帯 職場 FAX その他)

緊急連絡の時、当院の名前を言ってもよいですか？

(いいえ はい)

* 記入不要

標準体重: . kg

BMI :

腹囲 : . cm

具合の悪い方はスタッフにおっしゃってください。

お急ぎですか？ (いいえ はい)

お急ぎの方へ。どの位お時間をいただけますか？

()時()分までにクリニックを出たい。

お名前をお呼びしても差し支えはありませんか？支障がある方は受付にお申し付けください。

スタッフにお申し付けいただければ、ご記入のお手伝いをさせていただきます。

当てはまる項目を○で囲むか、必要事項をご記入ください。

1. 本日はどの様な理由で受診されましたか？

① 当てはまる項目を○で囲ってください。特にひどい症状や気になることは◎で囲ってください。

せき たん 鼻水 鼻づまり クシャミ ノドが痛い 寒気 熱 頭が痛い

腰が痛い 肩こり 手足の関節が痛い 手足がしびれる お腹が痛い お腹が張る

胃もたれ 胸焼け 吐き気 吐く 食欲がない やせた 便秘 下痢 血便

痒み 発疹 できもの 胸が苦しい 胸が痛い 背中が痛い 動悸がする

息が苦しい 手足がむくむ 眠れない 体がだるい 目が回る フラフラする

体にシコリができた 尿が近い 尿が出にくい 尿がもれる

その他()

② それらは、いつ頃から始まり、どの様になりましたか？

(例えば、1月12日、月曜日の朝よりノドが痛くなった。昼過ぎより寒気がしてきて、熱・咳・痰がでる様になり、夜には38.3℃の高熱になった。現在、頭痛・吐き気もあり、食欲もない。)

③ これらに関して、あなたなりに何か思い当たる原因はありますか？

(例えば、風邪 食べ物が悪かった 胃潰瘍 過労・ストレス...)

④ これらに関して、何か心配なことがありますか？

(例えば、肺炎では？ 内臓が悪いのでは？ 胃がんが心配 血圧が高いのでは？)

⑤ 今回の受診に際し、何を希望されますか？

診察 検査 薬 注射・点滴 処置 健康診断 健康・医療相談

その他()

お手数ですが裏面の記入もお願いします

2. 現在、治療中の病気や今までにかかった病気はありますか？

いいえ 高血圧 高脂血症(コレステロール値が高い) 糖尿病 痛風・高尿酸血症
心臓病() 脳卒中()
喘息 肺炎・肺結核 その他呼吸器疾患() 胃・十二指腸潰瘍
胃ポリープ 大腸ポリープ 胆石 脂肪肝 肝臓病()
腎臓病 甲状腺の病気 リウマチ その他()
がん(部位:)
手術(部位:)

3. アレルギー体質はありますか？

いいえ はい(食べ物 花粉 その他、具体的に:)

4. 今までに薬で副作用がでたことがありますか？

いいえ はい(どんな薬で:) どの様な副作用:)

5. 現在、服用中の薬はありますか？

いいえ はい (薬や説明書などを持参されておられる方は、看護師にお見せください)。

6. かかりつけの医師から病気のことで何か注意をするように言われていることはありますか？

いいえ はい ()

7. アルコール飲料

飲まない、又はほとんど飲まない 付き合い程度
飲む
1日/週以内 ()日/週 (ほぼ)毎日
以前飲んでいたが止めた(禁酒した)

種類・量

ビール (小中大)	本/日
日本酒	合/日
焼酎	合/日
ワイン	杯/日

8. たばこ

吸ったことがない
止めた ()歳より()年間、()本/日 吸っていたが()年・ヶ月前より禁煙した
吸う ()歳より()年間、()本/日 吸っている

9. 女性の方にのみお聞きします。

①現在、妊娠中ですか？

いいえ はい 可能性はある 分からない

②現在、授乳中ですか？

いいえ はい

10. ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか？

いいえ 高血圧 高脂血症 糖尿病 心筋梗塞 脳卒中 肝臓病 アレルギー
がん(部位:) その他()

11. 他に気になることや心配なことなどがおありでしたらお書きください。(どんなことでも結構です)。