

## 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		生年 月 日	大・昭	年	月	日	男 女
氏名			平・令			( 歳)	
住所	〒	電話番号					
		携帯電話					

1. 当院を受診した目的についてお答えください。

(1) あてはまる症状に○をつけてください。(複数回答可)

かぜ症状(発熱 咳 咽頭痛 痰) 動悸 めまい しびれ 頭痛 胸痛 腹痛 腰痛 食欲不振 嘔気 嘔吐 下痢 便秘 その他 ( )
---

(2) これらの症状はいつから、どのように困っていますか。

わかる範囲で書いてください。

2. 当院以外でかかっている病院はありますか。

はい いいえ

あれば、病院名、病気の名前、もらっている薬についてすべてお答えください。

病院名と 病気の名前	※ 検査結果などがあれば受付に提出してください。
もらっている お薬	※ お薬手帳をお持ちの場合は、受付に提出してください。

3. 今まで以下のような病気にかかったことがありますか。

はい いいえ

(1) かかったことがある場合、該当する病気に○をつけてください。

がん(種類: ) 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病(心筋梗塞 狭心症 不整脈) 肝臓病 胃腸病 腎臓病 脳卒中(脳梗塞 脳出血) 結核 緑内障(眼圧が高い) その他 ( )
---

裏にも記入項目があります。

(2) 今まで手術を受けられたことがありますか。  はい  いいえ

手術を受けられた方はその内容と年月日をお答えください。

手術の内容 と年月日	
---------------	--

(3) 輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか。  はい  いいえ

4. アレルギー、特異体質、薬の副作用について記入してください。

(1) アレルギー、特異体質、薬の副作用がありますか。  ある  ない  わからない

(2) アレルギー、特異体質、薬の副作用について具体的に記入してください。

(例: サバアレルギーがある。ペニシリンアレルギーがある。アルコールでかぶれる。  
〇〇を注射して気分が悪くなった。〇〇は服薬してはいけないといわれた。など)

--

5. 飲酒・喫煙についてお答えください。該当するものに○をつけて記入してください。

(1) お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。

①毎日  ②週5日以上  ③週4日以下  ④ほとんど飲まない（飲めない）

(2) たばこは吸いますか。

①吸わない  ②今は吸わないが、( ) 年前まで吸っていた  
 ③吸う 1日 ( ) 本ほど、( ) 歳から

6. 女性の方への質問です。あてはまるものに○をつけてください。

(1) 妊娠中または妊娠の可能性がありますか。  はい  いいえ  わからない

(2) 授乳中ですか。  はい  いいえ

7. 男性の方への質問です。あてはまるものに○をつけてください。

(1) 前立腺肥大といわれたことがありますか。  はい  いいえ  わからない