

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 様 性別 男性・女性

生年月日：明 大 昭 平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳

電話番号：

ご住所：〒 \_\_\_\_\_ (保険証と同じ住所の場合は記入不要です)

① 今日どのような症状で（あるいは目的）で来院されましたか？  
それはいつ頃からですか？

② これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

ない

高血圧 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

糖尿病 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

高脂血症 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

心臓病 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

脳卒中 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

肝臓病 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

癌 (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

その他 ( 病名： \_\_\_\_\_ )

→ (  以前治療していた  治療中である  治療していない )

③ これまでに入院されたことがありますか？

ない  ある ( 病名 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳頃 )

④ 現在のんでいる常用薬（市販薬、漢方薬、サプリメントを含む）がありますか？

いいえ  はい ( 薬 名： \_\_\_\_\_ )

⑤ これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか？

いいえ  はい ( 薬 名： \_\_\_\_\_ )

⑥ これまでに食べ物でアレルギー症状（じんま疹など）がでたことがありますか？

いいえ  はい ( 食べ物： \_\_\_\_\_ )

2枚目にも記入をお願いします

⑦血縁者（父母、兄弟姉妹、祖父母、おじ、おばなど）で大きな病気にかかったことのある人がいますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌  
（それは誰ですか： \_\_\_\_\_）

⑧喫煙・飲酒習慣についてお答えください

たばこを… \_\_\_\_\_）

吸わない

吸う（ \_\_\_\_\_ 歳から、1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間吸っている）

やめた（ \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで、1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間吸っていた）

アルコールを…

飲む（何を \_\_\_\_\_ ）（どの位の量 \_\_\_\_\_ ）（週に \_\_\_\_\_ 回）

飲まない

やめた（ \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで、何を \_\_\_\_\_ ）（どの位の量 \_\_\_\_\_ ）  
（週に \_\_\_\_\_ 回）

⑨身長・体重についてお答えください

現在は…

身長（ \_\_\_\_\_ c m） 体重（ \_\_\_\_\_ k g）

最近の体重変化は…

変わらない

太った（ \_\_\_\_\_ ケ月で \_\_\_\_\_ k g 増）

やせた（ \_\_\_\_\_ ケ月で \_\_\_\_\_ k g 減）

⑩女性の方のみ、お答えください

生理について…

規則的である 不規則である 閉経した

最終月経はいつでしたか？（ \_\_\_\_\_ 月）

現在、妊娠されていますか？ いいえ はい

授乳していますか？ いいえ はい

⑪その他、御質問や相談事などがあればご記入下さい

ご記入ありがとうございました。

ご来院の際、プリントしてご持参ください。

元村内科クリニック