

問診票 1

記入日 : 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		□男□女	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	
住所	〒 —	電話番号		
		自宅	— —	
		携帯番号	— —	
職業		緊急連絡先	— —	
□既婚 □未婚	付き添いの 有・無		続柄 () お名前 ()	

☐ 最近の体重減少がある

体重減少があればいつから () どれくらい ()

〈 基本情報 〉		※ こちらは看護師が記入します	
身長	() c m	体重	() k g
〈バイタルサイン測定値〉			
血圧	(/)	脈拍	()
体温	()	SPO2	()

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

・どのような症状で→ ・いつから→

2. これらの症状はどのような時（何をしている時）に現れますか？

3. これらの症状は始まりの頃と比べて、どのように変わってきていますか？

☐ 変わらない ☐ 悪くなっている ☐ 良くなっている

4. これらの症状について他の病院に受診されたことはありますか？

☐ 受診していない

☐ 受診した → ☐ 紹介状 有・無 ☐ その他の資料（C Dなど） 有・無

5. いま現在、他院で診てもらっている病気はありますか？ ☐ あり ☐ なし

ありの場合 ()

■現在内服中のお薬が ☐ あり ☐ なし ※お薬手帳がある方は受付までお持ちください。

6. 今までにかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？ ☐ あり ☐ なし

☐ 癌 () 歳 ☐ 高血圧 () 歳 ☐ 糖尿病 () 歳 ☐ 肝臓病 () 歳

☐ 結核 () 歳 ☐ 心臓病 () 歳 ☐ 脳卒中 () 歳

☐ 喘息 () 歳 ☐ 甲状腺 () 歳 ☐ 高脂血症 () 歳

☐ その他・手術歴 ()

2 枚目もご記入下さいますようお願いいたします。

問診票 2

氏名

7. ご家族に以下の様な病気の方はいらっしゃいますか？ ☐あり ☐なし
- ☐癌（続柄) ☐脳卒中（続柄) ☐糖尿病（続柄) ☐膠原病（続柄)

8. 健康診断を受けたことがありますか？ ☐あり ☐なし 最終検診： 年 月

9. 骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか？ ☐あり ☐なし 最終検診： 年 月

10. 今までにお薬や注射（造影剤なども含む）、食べ物で具合が悪くなったことやアレルギーと診断されたことがありますか？ ☐あり ☐なし

薬剤名→

その他→

食品名→

- 11.嗜好品について教えてください。**

- ・お酒

☐飲まない ☐毎日飲む ☐週3日以上飲む ☐機会があるときだけ飲む

- ・タバコ

☐吸わない ☐毎日吸う ☐以前は吸っていたがやめた

- 12.女性の方のみお答えください。**

- ・現在、妊娠されていますか、またはその可能性はありますか？ ☐はい ☐いいえ ☐わからない

- ・現在、授乳されていますか？ ☐はい ☐いいえ

- 13.もしよろしければ当院を受診されたきっかけを教えてください。**

☐インターネット検索 ☐家族、知人からの紹介 ☐他院からの紹介 ☐住まい、勤務先がご近所

□その他（ ）

- #### 14. マイナ保険証による診療情報取得に同意について

※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おります。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。

☐ 同意する☐ 同意しない

ご協力、誠にありがとうございました。

血圧測定用の紙とともに受付にお持ちください。