

【 初診時用問診票 】

2019.02.27 ver

現在いちばん困っていること（本日 受診した理由）についてお書き下さい。以前からの症状で「ついでに診てもらいたいこと」は書かないで下さい。また、問診票は最後までよく読んで、**ご自身（またはご家族）が記入して下さい**。書きたくないことは書かなくても大丈夫です。なお、再診予約のために必要ですので、ご自分や送迎する方の「予定表」を持参して下さい。

【 基本情報 】（赤の欄は必須です）

名前	(フリガナ) (男 ・ 女)
生年月日	大正・昭和・平成 () 年 () 月 () 日 生まれ
住所	〒 () 埼玉県 () 市 ()
電話	(自宅) (携帯)
メールアドレス	
ライン ID	
職業	(現在・元)
喫煙歴	(喫煙歴なし・喫煙中・喫煙歴あり) () 歳～() 歳まで 平均して1日() 本
飲酒習慣	(飲酒しない・時々飲酒・ほぼ毎日飲酒) アルコールの種類() 1回の飲酒量()
女性のみ	(妊娠中の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ どれにも該当せず)
同居人代表者	(氏名) (続柄)
	(同居人代表者の携帯電話)
緊急連絡先	(氏名) (続柄) (電話番号)

【 本日の症状について 】

いま困っている「症状」はなんですか？ 「いつから」か、症状が「どんなとき」に出るか、症状のある「場所」、症状が「どれぐらい続く」か、などについて書いて下さい。

【 これまでの病気について、など 】(赤の質問は必須です)

(1) 治療中の病気はありますか？(なし・あり) ある場合、何歳(何年)頃からですか？

高血圧 脂質異常症(高コレステロール血症)
腎臓病 糖尿病 高尿酸血症 脳梗塞 ほか _____

(2) いま飲んでいる薬、使っている健康食品はありますか？(なし・あり)

(内容)

(3) 手術を受けたことがありますか？(なし・あり)

手術した方は、手術の時に輸血しましたか？(した・していない・わからない)
覚えている範囲で「病名」「手術の名前」「時期」などを教えてください。

() 歳ごろ

(4) アレルギー歴はありますか？(なし・あり・わからない)

ある場合、アレルギーの原因、発症時期、どのような症状が出るか、などを教えてください。

(内容)

(5) ご親族の病気(続柄も含め)お教え下さい。突然死した方があれば詳しく教えてください。

(6) そのほか

排便の頻度は？ (毎日 ・ 2-3日に1回 ・ それよりも少ない)

夜中にトイレのため起きますか？ (起きない ・ 毎晩1-2回 ・ 毎晩3回以上)

普段、運動していますか？ (していない・している)

運動をしている場合、内容・頻度・時間などについて教えてください。

最近、転倒したことはありますか？ (ない・ある； 1ヶ月以内・1年以内・それ以前)

飲食時にムせることがありますか？ (ない・ある)

失神したことはありますか？ (ない・ある； 1ヶ月以内・1年以内・それ以前)

車の運転はしますか？ (しない・する)