

問 診 表

お名前 _____ 様

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生
男 ・ 女 () 歳

☆☆☆病院使用欄☆☆☆
受診科 ; 内科系 ・ 外科系
_____ 番 (総合 _____ 番)
記入日 ; _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察をお受けになる前に、お名前・生年月日・性別・年齢をご記入の上、下記の内容についてお知らせ下さい。

I. いつからどうされましたか？ 本日来院された理由をお知らせください。(できるだけ詳しく)

II. 現在までの既往についてお尋ねします。あると答えた方は () に、内容のご記入をお願いします。

1. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ ある方はどちらの医療機関にかかっていますか？
イ) ない ロ) ある ()
2. いつも服用されているお薬はありますか？
イ) ない ロ) ある ()
3. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？
イ) ない ロ) ある ()
4. 輸血をうけられたことがありますか？
イ) ない ロ) ある (年 月ごろ)
5. アレルギーはありますか？ (薬・注射・食べ物などで蕁麻疹やショックなど)
イ) ない ロ) ある ()

III. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

- 1) 食欲は (ある ・ ふつう ・ ない)
- 2) 睡眠は (よい ・ ふつう ・ わるい)
- 3) 体重は (変わらない ・ 減った ・ 増えた)
- 4) 便通は (ふつう ・ 便秘 ・ 下痢) 1日 _____ 回 、または _____ 日に1回
- 5) タバコは (吸わない ・ 吸う ・ やめた) [① 吸う場合は 1日 _____ 本 _____ 年間
② やめた場合は _____ 年前
- 6) お酒は (飲まない ・ 飲む)
(アルコール類) 飲む場合は [① 種類 () を
② 毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度 で
③ 量は、 _____ ぐらい

IV. 1か月以内に海外渡航をされましたか。

イ) ない ロ) ある (→ 渡航先)

V. ご家族(血縁)に下記の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか？

イ) ない ロ) ある (→ ある場合は下記の欄に○をしてください。)

ガン [肺 胃 肝臓 乳 子宮 その他 ()]
高血圧 心臓病 結核 糖尿病 脳卒中 肝臓病

VI. 女性の方のみご記入ください。

生理はありますか？ (順調 不順 閉経)

現在、妊娠の可能性はありますか？ (ある ない わからない) 最終月経 _____ 月 _____ 日

書き終えたら、外来処置室にお渡しください。(受付で記入の方は、1階受付にご提出ください) 仕様 19