

# 問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

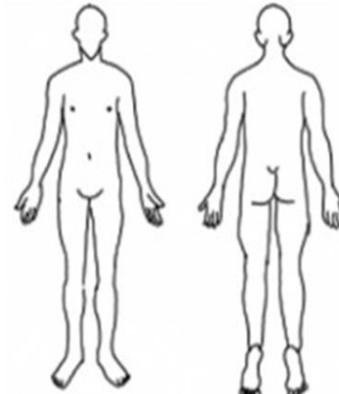
本日の体温 \_\_\_\_\_ °C

※本日マイナンバーカードの認証はされましたか？  済み  未

## ◎受診された主な症状は何ですか？それはいつからですか？ご記入ください

(症状)

症状のある箇所へ  
印 (○) をつけてください



(いつから)

## ◎今回の症状でどちらかの医療機関にかかりましたか？

いいえ

はい 年 月 日から \_\_\_\_\_ にかかっている

紹介状や健診結果はお持ちですか？  はい  いいえ

1. 治療中、または今までにかかった病気はありますか？  はい  いいえ

「はい」と答えられた方は、下の表であてはまるものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈など) ペースメーカー挿入	( _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> がん (部位: _____)	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧	( _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> ぜんそく	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	( _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> 腎臓病	( _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> 緑内障	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)	( _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> 肝臓病 (肝炎・肝硬変など) → 肝炎ウイルス治療歴		輸血歴 <input type="checkbox"/> あり ( _____ 歳頃) <input type="checkbox"/> なし	( _____ 歳頃)
<input type="checkbox"/> 手術歴あり→術名: _____ ( _____ 歳頃) ・ _____ ( _____ 歳頃)			

2. アレルギーはありますか？  はい  いいえ

食物 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 薬 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. たばこ  吸わない  吸う (喫煙歴 \_\_\_\_\_ 歳～ ・ 本数 \_\_\_\_\_ 本/日 )  
 過去に吸っていた (喫煙歴 \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳 ・ 本数 \_\_\_\_\_ 本/日 )

アルコール  飲まない  飲む (何を \_\_\_\_\_ ・ 1回量 \_\_\_\_\_ ml ・ 頻度 \_\_\_\_\_ 週に \_\_\_\_\_ 日)

4. 服用中のお薬・サプリメントがありますか？  はい  いいえ

「はい」と答えられた方は、あてはまるものに☑をつけてください。

抗凝固剤(血液をさらさらにする薬)  糖尿病薬(インスリン・内服)  高血圧  抗けいれん薬  眠剤

サプリメント名 ( \_\_\_\_\_ )

その他 (お薬名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ )

お薬手帳は持ってきていますか？  はい  いいえ

5. 最後の食事はいつとられましたか？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃に \_\_\_\_\_ を食べた

6. 女性の方へ

①妊娠していますか？ 又は可能性がありますか？  はい  いいえ

②授乳中ですか？  はい  いいえ

③最終月経はいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  閉経している