

患者ID :

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ									
氏名		男女	生年月日	大・昭・平	年	月	日	才	
住所	〒 — —								
電話番号	— —			携帯番号	— —				
職業				体重	kg	身長	cm		

1 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から ()

当てはまるものを○で囲んでください。

- 熱がある (体温 °C) ・ のどが痛い ・ 鼻水が出る ・ 咳が出る ・ 痰が出る ・ お腹が痛い
 吐き気がする ・ 下痢をしている ・ 便に血が混じる ・ 胃が痛い ・ 胃がもたれる ・ 胸やけがする
 頭が痛い ・ 胸が痛い ・ 背中が痛い ・ 血圧が気になる ・ 動悸・息切れがする ・ めまいがする
 健診・検診で異常を指摘された ・ 胃カメラを受けたい ・ 大腸カメラを受けたい

その他 ()

2 現在、治療中の病気はありますか？

- ない ・ ある ⇒ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 腎疾患
 肝臓病 ・ 緑内障 ・ がん (部位:) ・ その他 ()
 飲んでいる薬 ()

3 抗凝固剤 (ワーファリン) や抗血小板剤 (バファリン配合錠 A81・バイアスピリン) など血液を固まりにくくさせる薬を飲んでいますか？

ない ・ ある ⇒ 薬の名前 ()

4 今までにかかったことのある病気を教えてください。

- ない ・ ある ⇒ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 腎臓病
 肝臓病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍
 がん (部位:) ・ その他 ()

5 今までに手術を受けたことはありますか？

- ない ・ ある ⇒ 虫垂炎 ・ 胆石 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳出血
 白内障 ・ 胃がん ・ 大腸がん ・ その他 ()
 手術を受けた時期 :

6 ご家族の方で下記の病気にかかれた方がいますか？

- いない ・ いる ⇒ 続柄 : 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞
 脳出血 ・ 胃腸の病気 ・ がん ・ その他 ()

↓ 裏面にもご記入ください ↓

7 今までに輸血や血液製剤の注射を受けたことがありますか？

ない ・ ある

8 今までに薬や食べ物でアレルギー反応（発赤疹や気分不良）などを起こしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ 薬 : /食べ物 :

9 現在の状態について教えてください。

- ① 食欲について 良好 ・ 普通 ・ 不振 ② 睡眠について 良好 ・ 普通 ・ 不振
③ 体重について 不変 ・ 増加 ・ 減少 ④ 便秘について 1日に__回、__日に1回

⑤ 喫煙・飲酒について

タバコ : 吸わない ・ やめた ・ 吸う (1日 本)

お酒 : 飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ 飲む ビール (1日 本)

日本酒 (1日 合)

その他 ()

⑥ 利き腕はどちらですか？ 右 ・ 左

10 女性の方にお伺いします。

月経の状況を教えてください。 順調 ・ 不順 ・ 無

現在妊娠していますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい (週目)

現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

11 何かご質問、ご要望等がございましたらお気軽にご記入ください。

12 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ どれか1つに○をつけてください。

ご家族からの紹介 ・ 知人からの紹介 (紹介者名) ・ 他医療機関からの紹介

家の近く ・ 職場の近く ・ 学校の近く ・ 街中の広告看板 ・ 当院ホームページ ・

病院検索サイト ・ タウンページ

その他 ()

※ 問診票は個人情報の保護規定に基づき活用後処理させていただきます。ご協力ありがとうございました。

ちゃばたクリニック