

# 問診票

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)

明治・大正・昭和・平成・令和

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 才)

住所〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分

1 本日、来院された理由をお書きください。 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
( \_\_\_\_\_ )

2 いつからどのような症状がありますか？  
( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろから) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

3 治療中の病気はありますか？ (  はい  いいえ )

内服している薬はありますか？ (  はい  いいえ )

高血圧  高脂血症  糖尿病  痛風  脳梗塞  心臓の病気

白内障  緑内障  前立腺肥大  その他 ( \_\_\_\_\_ )

★薬の名前がわかる方はご記入ください★ ( \_\_\_\_\_ )

4 過去に大きな病気や手術を受けられたことはありますか？ (  はい  いいえ )

① 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

② 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

③ 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

5 今までに肺の病気にかかったことがありますか？ (  はい  いいえ )

肺炎  肺気腫  肺結核  肺浸潤  長い咳で治療を受けたことがある

病名は分からないが肺の病気を治療した

6 今までに食べ物や注射や薬で気分が悪くなったことはありますか？ (  はい  いいえ )

薬 (薬品名 \_\_\_\_\_ ) 症状  発疹  かゆみ  赤み  意識障害

食べ物 (食品名 \_\_\_\_\_ ) 症状  発疹  かゆみ  赤み  意識障害

7 生活習慣についてお伺いします

① アルコールは飲みますか？  はい → (週 \_\_\_\_\_ 日程度飲む)  いいえ

(1回の量: ビール \_\_\_\_\_ ml、日本酒 \_\_\_\_\_ 合、ウイスキー \_\_\_\_\_ 杯、焼酎 \_\_\_\_\_ 合、ワイン \_\_\_\_\_ ml)

② たばこは吸いますか？  はい → ( \_\_\_\_\_ 本/日をこれまで \_\_\_\_\_ 年間)  いいえ

8 女性の方にお伺いします

① 妊娠していますか？  はい (現在 妊娠 \_\_\_\_\_ か月)  いいえ  可能性あり

② 生理について伺います 最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  閉経 ( \_\_\_\_\_ 才)

③ 授乳中ですか？  はい  いいえ

9 本日食事はされていますか？  はい ( \_\_\_\_\_ 時頃)  いいえ