



< 総合診療科 問診表 >

受付時間 : サイン

フリガナ		年	月	日
ID	名前	年齢	歳	男・女
1 いつ頃からどのような症状でお困りですか? 【体温: _____℃】				
1) いつ頃から				
今日 昨日 3日前位 1週間前 2週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前 その他()				
2) どこが				
全身 胸 みぞおち 下腹部 背中 腰 下肢 その他()				
3) どのような症状で (当てはまるものに○をつけて下さい)				
だるい 疲れやすい 熱っぽい 痛み しびれ 息切れ むくみ 発疹 頻尿 口渇				
胸やけ 胃もたれ 吐き気・嘔吐 下痢 便秘 食欲低下 胃カメラ・大腸検査を受けたい				
その他に気になる症状をお書き下さい()				
4) 食欲【いつも通り・減退】 便秘【 日 回 便秘薬(使用・未使用)】 睡眠【良眠・不良 時間程度】				
5) 身長【 _____ cm】 体重【 _____ kg】 (最近 カ月で _____ kg程度 増えた ・ 減った)				
2 1) 現在、治療中の病気や他に通院している病院・クリニックはありますか? 【はい・いいえ】				
はいの方(病名・病院名: _____)				
2) 現在、内服中のお薬はありますか? 【はい・いいえ】 (漢方薬、サプリ、健康食品もあればご記入下さい)				
はいの方(手帳: あり・なし)				
3 今まで以下の病気にかかったことはありますか? 【はい・いいえ】				
緑内障 高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 気管支喘息 不整脈・心臓病 脳梗塞 脳出血				
腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 がん(部位 _____) リウマチ 貧血 その他(_____)				
4 今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか? 【はい・いいえ】				
はいの方 (_____ 歳 : 部位 _____)				
5 今まで薬や食べ物で、発熱・発疹・皮膚が赤くなるなどの症状が出たことはありますか? 【はい・いいえ】				
はいの方 薬(_____) 食物(_____)				
6 ワーファリンやバイアスピリンなどの血液を固まりにくくさせる薬を飲んでいますか? 【はい・いいえ】				
はいの方(ワーファリン イグザレルト エリキュース バイアスピリン プラビックス プレタール)				
その他(薬のお名前: _____)				
7 嗜好品についてお聞きします。				
1) タバコ 【吸わない・以前吸っていた・吸う】				
本数 1日1~10本 1日10~20本 1日20~40本 1日40本以上				
喫煙歴 5年未満 10年未満 20年未満 30年未満 40年未満 40年以上				
2) お酒 【全く飲まない・時々飲む(付き合い程度)・習慣的に飲む(何を: _____ 量: _____)】				
8 最近、6ヵ月以内に海外へ渡航しましたか? 【はい・いいえ】				
はいの方(国名: _____ 期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日)				
9 現在、ペットを飼っていますか? 【はい・いいえ】 はいの方(種類: _____)				
10 女性の方にお聞きします。				
妊娠中ですか? または、現在、妊娠している可能性はありますか? 【はい・いいえ】 妊娠中の方(第 _____週)				
最終月経(_____年 月 日) 妊娠歴(_____回) 出産歴(_____回)				

ご記入頂き、ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい。