

問 診 票

年 月 日

(内科・外科・耳鼻咽喉科・脳神経外科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成	年 齡	歳
			年 月 日		
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅： ()	緊急連絡先： ()			
身長： cm 体重： kg 体温： °C 職業：					

【1】 本日、来院された理由に○をつけて下さい。どこの具合が悪く来院されましたか

いつ頃から

1) 今朝から 2) 昨日から 3) 2~3 日前から 4) 1 週間くらい前から

5) 1 ヶ月くらい前から 6) その他 ()

どこが どのように

() ()

何か思い当たる事がありますか

()

【2】 今回の症状を他院で治療されましたか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名・治療内容等をご記入下さい)

病院名 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

どのような検査を受けられましたか (レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他)

治療方法 (注射 ・ 点滴 ・ 内服 ・ リハビリ ・ その他)

【3】 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい (心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 胃 ・

血液の病気 ・ 腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・ その他)

かかりつけ病院 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

【4】 現在飲んでいる薬はありますか (市販薬を含む)

ない ・ ある ()

【5】 今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか

ない ・ ある ()

【6】 薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか

いいえ ・ はい 何でアレルギーがでましたか

(飲み薬 ・ 注射 ・ 造影剤 ・ 食物 ・ 金属 ・ 消毒用アルコール ・

テープ類 ・ 薬品名および食物名 () ・

その他)

裏面もご記入下さい

【7】 身体の中に金属が入っていますか

いいえ ・ はい (金属 ・ ペースメーカー ・ スtent ・ 婦人科領域の金属 ・
整形領域の金属 ・ 義歯 ・ インプラント)

【8】 輸血を受けたことがありますか

いいえ ・ はい 副作用はありましたか (いいえ ・ はい)

【9】 職場や病院などで定期的な健康診断を受けていますか

いいえ ・ はい (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

【10】 今回の症状とは別に希望する検査や心配事があればお書きください

【11】 現在、規則的な生活が送れていますか

はい ・ いいえ (仕事が忙しい ・ 仕事が不規則 ・ 悩み事で夜眠れない ・ その他)

【12】 たばこは吸われますか いいえ ・ はい (1日 本)

お酒は飲まれますか いいえ ・ はい (1日酒 合 ・ ビール缶 本
その他)

【13】 女性の方へ 現在妊娠していますか

いいえ ・ はい ・ 可能性がある

【14】 血のつながった家族の中 (両親 ・ 兄弟 ・ 子供) で大きな病気をされた方はいますか

ない ・ ある ()

【15】 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)
他科からの紹介 (科 先生より) ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他 ()

【16】 診察・治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ ・ はい お名前 関係
連絡先 (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他)

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中

認定有の方：要支援 () / 地域包括支援センター (施設名 担当者)
要介護 () / ケアマネジャー (施設名 担当者)
連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他 (— —)

ご協力ありがとうございました

内科 ・ 外科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 脳神経外科

問診担当者 ()