

初 診 問 診 票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 様 年齢 _____ 歳 男 ・ 女
身長 _____ c m 体重 _____ k g

1. 本日はどうされましたか? _____

2. いつ頃からですか? 本日 昨日 4～5日前 1週間前 その他 _____

3. どのような症状ですか? 当てはまるところに○をつけてください。

- ①頭痛 ②発熱 ③咳 ④咽頭痛 ⑤嘔吐 ⑥嘔気 ⑦腹痛
⑧下痢 ⑨便秘 ⑩血便 ⑪排尿痛 ⑫排尿困難 ⑬残尿感 ⑭胸痛
⑮背部痛 ⑯腰痛 ⑰頸部痛 ⑱めまい ⑲脱力感 ⑳その他 _____

※食欲はありますか? はい いいえ _____

4. 1ヶ月以内に海外に行かれたことがありますか?

はい 月 日頃 行き先 _____ いいえ _____

※はいの方 (3) で、咳・熱と答えられ方はマスクの着用をお願いいたします。

5. アレルギーはありますか? はい いいえ _____

あるかた (詳しくお書きください) 薬 _____ 食べ物 _____ その他 _____

6. 現在、次の病気がありますか? あるもの全てに○をつけてください。

- ①糖尿病 ②高血圧 ③呼吸器疾患 ④心疾患 ⑤肝疾患 ⑥腎疾患
⑦癌 ⑧脳疾患 ⑨じんましん ⑩胃・十二指腸潰瘍 ⑪緑内障
⑫前立腺肥大 ⑬アトピー ⑭その他 _____ ⑮特になし

7. ご家族の方で、次の病気がありますか? あるものに○をつけてください。

- ①糖尿病 ②高血圧 ③呼吸器疾患 ④心疾患 ⑤肝疾患 ⑥腎疾患
⑦癌 ⑧脳疾患 ⑨脳出血 ⑩膠原病 ⑪その他 _____
⑫特になし

8. 現在飲んでいる薬がありますか? はい (薬品名 _____) いいえ _____

9. 今までに手術、入院をされたことがありますか? はい 年 月頃 入院・手術 _____ いいえ _____

10. タバコを吸いますか? はい (1日 本) _____ いいえ _____

11. お酒を飲みますか? はい (1日 /ml位) _____ 時々 _____ いいえ _____

12. 特に希望があれば○をつけてください。

- | | | | |
|-------------------|--------|----------|---------|
| ①血液検査等 | a 希望する | b 場合によって | c 希望しない |
| ②レントゲン・CT・MRI検査等 | a 希望する | b 場合によって | c 希望しない |
| ③胃・腸のカメラ、バリウムの検査等 | a 希望する | b 場合によって | c 希望しない |
| ④点滴・注射等 | a 希望する | b 場合によって | c 希望しない |

13. 女性の方のみお答えください。

妊娠している可能性はありますか? はい いいえ _____

14. 健康診断で異常を指摘されたことがありますか? はい いいえ _____

指摘されたことがある方 どのようなことでしょうか? よろしければお書きください。

.....
 次回で結構ですので、健康診断票をお持ちください。

15. あなたが悪性疾患と診断されたときは告知を希望されますか? はい いいえ _____

16. 医師に質問したいこと、検査等の相談があればなんでも結構です。遠慮なくお書きください。

.....
医師確認欄 _____