

# 問診票 (西暦) 年 月 日

診療の参考にさせていただきますので、問診票の記入にご協力下さい。書ける範囲で結構ですが、表面は特に重要な情報ですので、可能な限り記載していただきますようお願い致します。

ふりがな		生年 月日	(西暦)	年	月	日	歳
氏名							

ご住所 (郵便番号からご記載下さい)

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 (市外局番からご記入下さい)

携帯番号

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 今日はどのようなことでおいでになりましたか？
  
2. いつ頃からお気づきになりましたか？
  
3. そのことについて他の医師に診てもらったことがありますか？ ある ない  
「ある」の場合、そこではどのような説明を受けましたか？
  
4. ①現在飲んでいる薬がありますか？ ある ない  
 ②現在飲んでいる栄養剤、ビタミン、漢方薬、市販の薬等がありますか？ ある ない  
①または②で「ある」の場合は、分かる範囲で薬の名前と量を書いて下さい。
  
5. これまでに薬等でアレルギー等の副作用 (じんましん、顔や体が腫れる、胸が苦しくなる等) を経験したことがありますか？ ある ない  
「ある」の場合、どんな薬で、どのような症状でしたか？
  
6. 今までに、病気やけが、入院、手術等の経験がありますか？  
 あるいは、現在通院中の病気がありますか？ ある ない  
「ある」の場合は、その時期と内容について教えて下さい。
  
7. どのようなお仕事をされていますか？
  
8. お酒を飲みますか？  
毎日 週 日 ほとんど飲まない 飲まない やめた ( 歳)
  
9. タバコを吸いますか？  
はい (1日 本、 歳から) 吸わない やめた ( 歳)

裏面もご記入下さい

10. あなたの身長・体重は？ ・身長 cm ・体重 kg  
最近体重は 変わらない 増えている 減っている（ 月で kg）
11. 過去1ヶ月間に、落ち込んだり、ゆううつになったり、望みがないと感じたことが何度かありますか？ ある ない
12. 過去1ヶ月間に、何かをするのに、やる気がなかったり、楽しむことができないと感じたことが何度かありますか？ ある ない
13. 11または12で「ある」の場合、このことについて医師と相談したいですか？  
はい（今日したい） はい（今日でなくてもよい） いいえ
14. 定期的に運動はしていますか？ はい（週 回 分程度） いいえ
15. 女性の方にお聞きします。  
最終月経開始日はいつですか？（ 年 月 日）  
妊娠・出産・流産について ・妊娠 回 ・出産 回 ・流産 回
16. ご家族のことについて教えてください。

続柄	性別	年齢	同居の 人に○	かかったことのある病気に○をつけてください						
				がん	心臓病	脳卒中	糖尿病	高血圧	心の病気	その他
父	男									
母	女									
配偶者	夫・妻									
子										
兄弟										
その他の親戚、 同棲者、恋人等										

17. (65歳以上の方)肺炎球菌ワクチンは接種しましたか？ はい（1回・2回） いいえ
18. 何でも相談できる「かかりつけ」の医師はいますか？ いる（ ） いない
19. 当院のことをどうやってお知りになりましたか？（複数選択可）  
他院からの紹介 友人・知人の紹介 チラシ広告 看板広告  
ホームページ EPARK（Web予約サイト） 他のインターネットサイト  
その他（ ）
20. その他にお話ししておきたいことがあれば、忘れないように簡単にメモをしておいてください。