

# 初めて診察を受けられる方へ（問診表）

記入日： 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日： T S H R 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女

血液型： A ・ B ・ O ・ AB Rh： + ・ -

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所： \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_

1. どのような具合でおいでになりましたか？（症状がなければ受診の理由をお書き下さい）  
皮膚科を受診される方は部位（左右も必要）を具体的に記入してください。

---

---

---

---

2. いつからその症状はありますか？（例 ○月○日から）

---

・ どこかの医師にみてもらっていますか？（医師または病院名、病名、服用薬剤）

---

3. 今までにどんな病気をしましたか？ 入院の経験はありますか？

- ・ 病名 \_\_\_\_\_
- ・ 病院または医師名 \_\_\_\_\_
- ・ それはいつ頃ですか？ \_\_\_\_\_

4. ご家族（両親、兄弟）に病気の方がいますか？ 続柄と病名を書いてください。

例) 母の母／糖尿病

---

5. あてはまる症状にチェックをして下さい。

- |                                 |                                   |                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱     | <input type="checkbox"/> むくみ      | <input type="checkbox"/> 体がだるい        |
| <input type="checkbox"/> 頭痛     | <input type="checkbox"/> 食欲不振     | <input type="checkbox"/> 血圧が高い        |
| <input type="checkbox"/> 息切れ    | <input type="checkbox"/> 発疹がある    | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 胸痛     | <input type="checkbox"/> かゆい      |                                       |
| <input type="checkbox"/> 腹痛     | <input type="checkbox"/> 健診で指摘された |                                       |
| <input type="checkbox"/> 下痢     | <input type="checkbox"/> 目・口がかわく  |                                       |
| <input type="checkbox"/> せき・たん  | <input type="checkbox"/> 眠れない     |                                       |
| <input type="checkbox"/> のど痛・鼻水 | <input type="checkbox"/> 手のこわばり   |                                       |

※裏面のご記入もお願い致します※

6. 普段の食事の回数は? 3回 ・ 2回 ・ 1回 ・ なし/日

7. 食事で気をつけている点は? ( )

8. 好きな食べ物は? ( )

9. 嫌いな食べ物は? ( )

10. 現在、タバコを吸っていますか? はい ・ いいえ  
( ) 本/日 ( ) 歳から

11. 過去にタバコを吸ったことがありますか? はい ・ いいえ  
( ) 本/日 ( ) 歳から ( ) 歳まで

12. コーヒーは飲みますか? ( ) 杯/日

13. お酒は飲みますか? はい ・ いいえ  
( ) 回/週 お酒の種類 ( ) ( ) ml/日 ( ) 歳から

14. 身長・体重等はどのくらいですか?

身長 \_\_\_\_\_ c m

体重 \_\_\_\_\_ k g

体温 \_\_\_\_\_ °C

脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分 不整脈 ない ・ ある

血圧 最高: \_\_\_\_\_ 最低: \_\_\_\_\_

15. 胃は丈夫ですか? 普通 ・ 弱い

16. 腸は丈夫ですか? 普通 ・ 弱い

17. アトピー症状はありますか? ない ・ ある

18. 便秘がちですか? いいえ ・ はい

19. 日ごろ運動はしていますか? いいえ ・ はい  
( ) 回/週 1日平均 ( ) 分  
運動の種類は? ( )