

初めて診察を受けられる方へ（問診票） 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・不明 Rh： +・-  
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 住所： \_\_\_\_\_  
ご職業 \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_  
携帯電話： \_\_\_\_\_  
本人以外の第1連絡先： \_\_\_\_\_ (続柄)

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 〇月〇日から）

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

※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・体重等はこのくらいですか？

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

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？ ( )