

# 初めて診察を受けられる方へ(問診票) 記入日:H 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 : T S H 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)

---

---

---

---

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   |                                |

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 \_\_\_\_\_cm

体重 \_\_\_\_\_kg

体温 \_\_\_\_\_℃

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？ ( )