

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 住所： _____

年齢 _____ 歳 TEL： _____

ご職業 _____ 携帯電話： _____

本人以外の緊急連絡先(TEL)： _____ (続柄)

血液型： A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 Rh： + ・ -

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・体重等はどのくらいですか？
- 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？ ()