

# 問診票

年 月 日

|      |                        |   |      |      |
|------|------------------------|---|------|------|
| フリガナ |                        | 男 |      | (自宅) |
| 氏名   |                        | 女 | 電話番号 | (携帯) |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 ( 歳) |   | 住所   | 〒    |
| 身長   | cm                     |   |      |      |

今日どのようなことが気になっていらっしゃったのですか？

- ( )
- それはいつから、どのような症状ですか？
- ( )
- 1) この診療所をお知りになったのは何ですか？  
知人、医師、ネット、HP、その他 ( )
- 3) 今までかかった病気がありますか？それは何歳でしたか？無し・有り  
高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓病、胃十二指腸潰瘍、喘息、緑内障  
その他 ( )
- 4) 手術をしたことはありますか？何歳の時でしたか？ 無し・有り  
( )
- 5) 今飲んでいるお薬がありますか？無し・有り お薬手帳があったらお見せください  
( )
- 6) 現在、お酒は飲みますか？いいえ・はい ( ) 回/週 (ビール ( ) cc・その他 ( ) )
- 7) 現在タバコは吸いますか？いいえ・はい ( ) 本/日 ( ) 歳から ( ) 歳
- 8) アレルギーはありますか？いいえ・はい  
食べもの ( ) お薬 ( ) その他 ( )
- 9) 女性の方だけお答えください。  
現在 妊娠中・妊娠してない・わからない・授乳中。
- 10) 現在の生活を伺います。同居のかた なし・あり ( )  
睡眠時間 ( ) 時から ( ) 時頃。仕事は ( ) 時から ( ) 時頃。通勤時間 ( ) 分。  
食事は三食 とる・とらない ( ) 食/日 (理由 ( ) )  
好きな食べ物、お菓子類 ( )  
睡眠中にいびきが 大きくない・大きい (呼吸がとまると言われない・言われる)・わからない  
朝起きた時に頭が重いときが ない・ある 日中眠くなることが ない・多い
- 11) 現在、あてはまるものがあつたら○で囲んでください。  
気分が重い・やるきがでない・イライラする・集中できない・外にでかけたくない・  
仕事中に忘れっぽい・頭が動かない感じがする・自分はだめだと思う・休みたい。  
食欲がない・食べものを食べすぎてしまう (だらだらと長い・一度にどかつと多い)  
肩こりがある・頸が張っている・手指がしびれる・足がむくむ・膝が痛い・腰が痛い
- 12) 入院をご希望ですか？いいえ・はい
- 13) ほかにご質問、ご希望があつたらお書きください。  
( )
- 14) 点滴ご希望の方に。注射で気分が悪くなったことはありますか？ ( )