

# 問診表

年 月 日

ふりがな

年齢： \_\_\_\_\_ 才 男・女

患者名：

体温： \_\_\_\_\_ °C

電話番号（

） ※発熱外来受診の場合、会計から電話をします

住所（

）

※初めてクリニックを受診される方、住所変更があった方のみ記入してください

あなたの症状についてお尋ねします。大事な情報です。なるべく詳しくお書きください。

<b>1. 症状をお書きください。</b>	
いつ頃から	
どこが	
どのように	
発熱の有無	ある・ない 最高熱はいつ頃： _____ （ _____ 日前） 最高熱： _____ 度
<b>薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？（*必須）</b> ない・ある	
アレルギー物質とその症状（ _____ ）	
◆ 工作中・職場で発生した病気・けがですか？      いいえ・はい	
<b>2. かかりつけの病院がありましたら、ご記入下さい。</b>	
（ _____ ）病院・クリニックの（ _____ ）	
<b>3. 今までにかかった病気に○を付けて下さい。現在も治療中のものには◎を付けて下さい。</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病・高血圧・不整脈・糖尿病・結核・肺炎・喘息・脳梗塞</li> <li>・胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大・じんましん・緑内障・白内障</li> <li>・がん⇒（ _____ ） ・その他（ _____ ）</li> </ul>	
<b>4. 手術をしたことはありますか？</b>	ない・ある（ _____ ）
<b>5. 輸血をしたことがありますか？</b>	ない・ある（ _____ ）
<b>6. 最近、外国へ旅行しましたか？</b>	いいえ・はい（国名： _____ ）
<b>7. 現在、飲んでいる薬がありますか？</b> （薬の説明用紙があればお出し下さい）	ない・ある 内容： _____
* 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	ない・ある（ _____ ）
<b>8. お酒を飲みますか？</b>	飲まない・毎日・ときどき・今はやめている 種類と量は（ _____ ）
<b>9. タバコを吸いますか？</b>	吸わない・吸っている （ _____ 才から _____ 才）（1日 _____ 本程度）
<b>10. 家族、血縁（両親・祖父母・兄弟姉など）に大きな病気があれば、ご記入下さい。</b>	
<b>11. 診察医に伝えておきたいこと</b> （何でもご自由にお書き下さい）	
<b>12. 診察や検査の結果をなるべくご本人に率直にお話ししようと考えています。</b>	
<input type="checkbox"/> 悪い結果でも自分で聞きたい。 <input type="checkbox"/> あまり聞きたくないので、家族に話してほしい。 * ご本人以外の方が記入した場合、記入した方の氏名（ _____ ）	
◆ 女性の方にお聞きします。	
<b>13. 現在、妊娠の可能性がありますか？</b>	ない ・ ある（今、《 _____ 》ヶ月）
<b>14. 乳児のお子さんがいらっしゃる方へ</b>	授乳中 ・ 授乳中ではない