

# 問 診 票 (内科・時間外)

記入日 ; \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受付番号 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_様 男・女

T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳)

1. 本日はどうされましたか。

いつから : \_\_\_\_\_

どこが(部位) : \_\_\_\_\_

どのような症状: \_\_\_\_\_

2. 現在までの既往についてお尋ねします。あると答えた方は ( ) に、内容のご記入をお願いします。

- ① 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ ある方はどちらの医療機関にかかっていますか？  
イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ )
- ② いつも服用されているお薬はありますか？  
イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？  
イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ )
- ④ 輸血をうけられたことがありますか？  
イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ)    ハ) 宗教上 制約あり
- ⑤ アレルギーはありますか？ (薬・注射・食べ物 (果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)  
イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ )

3. 1か月以内に海外渡航をされましたか。

イ) ない    ロ) ある ( → 渡航先 \_\_\_\_\_ )

4. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

- ① 食欲は ( ある ・ ふつう ・ ない )      ② 睡眠は ( よい ・ ふつう ・ わるい )  
③ 体重は ( 変わらない ・ 減った ・ 増えた )    ④ 便通は ( ふつう ・ 便秘 ・ 下痢 )  
⑤ タバコは ( 吸わない ・ 吸う ・ やめた )      ⑥ アルコールは ( 飲まない ・ 飲む )

身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg) 測った日付がわかる方は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃

5. ご家族(血縁)に癌・脳卒中・心筋梗塞の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか？

イ) ない    ロ) ある ( \_\_\_\_\_ )

6. 女性の方のみご記入ください。

① 妊娠の可能性は ( ある ・ ない ・ わからない )      最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

② 生理は ( 順調 ・ 不順 ・ 閉経 )      ③ 授乳中 ( 生後 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 )

④ ピル・女性ホルモンを服用されていますか？ ( ある : 内容 \_\_\_\_\_ ) ない

裏面もあります

