

問 診 票 (総合診療科)

年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	年齢 () 歳
氏 名	身長	cm/ 体重 k g

1 ・ 本日の受診理由をお伺いいたします。

①期間

いつからですか	頃から
---------	-----

②症状と部位

どこが	が
どうなっている	

③性質

それは	・ 今も続いている ・ 軽くなった ・ ひどくなった
この症状は	・ 今回が初めて ・ 以前にもあった

④増悪緩和因子 (症状は、良くなったり/悪くなったりしますか?)

何をすると	をすると、
どうなる	・ 良くなる ・ 悪くなる ・ 変化しない

⑤生活制限の有無 症状による、日常生活の制限はありますか

生活制限	・ ない ・ ある ()
------	---------------

⑥最近の体重増減

体重に変化はありますか	・ 増えた ・ 減った ・ 変わらない
-------------	---------------------

⑦運動

運動はしていますか	・ していない ・ している (種類)
-----------	----------------------

⑧ストレス

ストレスはありますか	・ 強くある ・ 少しある ・ あまりない
------------	-----------------------

2 ・ 既往歴/手術歴/輸血歴

①今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃 (または年齢) ですか。

虫垂炎 ()	肝臓病 ()	腎臓病 ()
心臓病 ()	高血圧 ()	糖尿病 ()
胃潰瘍 ()	喘息 ()	
その他病名・時期 ()		

②今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか。

アレルギー	・ ない ・ ある ()
-------	---------------

③輸血を受けた事がありますか

輸血	・ ない ・ ある ()
----	---------------

3・定期的に通院されている病院があれば教えてください

通院先:	お薬手帳: (ある ・ ない)
通院先:	お薬手帳: (ある ・ ない)
通院先:	お薬手帳: (ある ・ ない)

4・今日は、お食事や飲み物を取られていますか

朝食	() 時頃に () を食べた ・ 食べていない
昼食	() 時頃に () を食べた ・ 食べていない
お水・お茶など	() 時頃に () を飲んだ ・ 飲んでいない

5・嗜好について教えてください

タバコを吸っていますか?	・ 吸っている ・ 吸っていた (年前) ・ 吸っていない
吸っている方	・ 1日に何本吸いますか? a: 1日 () 本 ・ 何年間経ちますか? b: () 年間 ・ ブリンクマン指数 (a × b =)

アルコール飲酒	・ 毎日のむ ・ たまにのむ ・ 飲まない
	(1日量 ml・種類 / 飲酒回数 回/週)

6・両親・兄弟・子供・祖父母で、次の病気にかかった方はいますか。

高血圧 ()	狭心症・心筋梗塞 ()
糖尿病 ()	喘息 ()
腎障害 ()	その他 ()
肝障害 ()	

7・女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか	(はい ・ いいえ)	妊娠の可能性	(あり ・ なし)
授乳中ですか	(はい ・ いいえ)		
月経	(順調 ・ 不順)	(最終月経 月 日～ 月 日)	
閉経	(歳)		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。