

問 診 票 (初 診) Interview sheet

受診日	(西暦)	年	月	日	ID		受付番号		
カナ					生年月日	(西暦)	年	月	日
氏名	姓	名			性別	男	・	女	年齢
電話番号 (自宅) () - ()					電話番号 (携帯) () - ()				
住所 (〒 -)		県・都・府・道			市・町・村・区				
入室される同伴者の有無					紹介状や検診結果の有無				
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

当院では診察をスムーズに行えるよう、医師が問診票を確認の上、必要性に基づき、診察前に事前検査を提案させていただきます（特に呼吸器疾患時）。必要性についてご理解、ご了承いただくように説明をさせていただきますが、どうしても診察前検査をお望みでない場合には、下記項目にチェックをご記入ください。

診察前における事前検査を一切拒否します。

Q 現病歴 1 受診目的についてお聞かせ下さい。

1. 今回受診された問題の「発症時期」について 下記項目から を付けて下さい。
 1年以上前から 1ヵ月程度前から 1-2週程度前から 数日程度前から
2. 今回受診された問題の「内容」について 下記項目から を付けて下さい。 ※ 複数可
 かぜ・胃腸炎などの感染症や **急な体調不良** 高血圧・糖尿病・喘息などの**内科疾患**
 不眠・倦怠感・頭痛など **漠然とした体調の悪さ** 皮疹・怪我・ハチ刺されなど**皮膚トラブル**
 健診結果・他院処方薬の相談など その他
3. 下記の 専門/特殊外来に該当する場合には 下記項目から を付けて下さい。
 呼吸器/アレルギー外来 : 喘息 肺気腫 肺炎 肺癌 アレルギー性鼻炎 アトピー 蕁麻疹 など
 睡眠障害外来 : 不眠症 睡眠時無呼吸症候群 ナルコレプシー など
 禁煙/禁酒外来 **物忘れ**外来 **心療内科**
 更年期障害外来 (男性/女性とわず) **ダイエット**外来
 アンチエイジング外来 (プラセンタなど) **メンズヘルス**外来 (AGA/ED など)
 それ以外 : 具体的にご記入下さい _____

Q 現病歴 2 受診目的を できるだけ具体的にご記入下さい。 特に発症時期、症状を正確にご記入下さい。

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Q 現病歴 3 今回の症状に対して どちらかの病院に受診しましたか？ またお薬は処方されましたか？

- いいえ
- はい いつ? _____ 処方された薬 _____

Q 内服歴 今回の症状以外に対して 「通常」内服されているお薬はありますか？

- いいえ
- はい 薬の名前 _____ お薬手帳あり

Q **手術歴** 今までに**手術の経験**はありますか？

いいえ

はい いつ？ _____ 病名（手術名） _____

Q **既往歴** 今までにかかった病気があれば できるだけ正確に を付けて下さい。

※ 現在も治療中であれば 右の 治療中にも を付けて下さい。

※ 肝臓病、心臓病、がん、腎臓病、その他 などの方は 病名欄に詳しくご記載下さい。

喘息 (_____ 才頃) 治療中 肝臓病 (_____ 才頃) 治療中 心臓病 (_____ 才頃) 治療中
高血圧 (_____ 才頃) 治療中 脳卒中 (_____ 才頃) 治療中 がん (_____ 才頃) 治療中
高脂血症 (_____ 才頃) 治療中 腎臓病 (_____ 才頃) 治療中 アトピー (_____ 才頃) 治療中
糖尿病 (_____ 才頃) 治療中 その他 (_____ 才頃) 治療中 ※ 下記に詳しくご記入ください

病名 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Q **喫煙** お煙草についてお聞かせ下さい。 ※ できるだけ正確に御願います。

過去に一度も吸ったことはありません

以前はすっていましたが今はすっていません _____ 才 から _____ 才 まで 1日 _____ 本

現在も吸っています _____ 才 から _____ 才 まで 1日 _____ 本

Q **アルコール** 飲酒の有無と その頻度についてお聞かせ下さい。 ※ できるだけ正確に御願います。

全く飲みません もしくは ほとんど飲みません

飲みます もしくは 以前は飲んでいました _____ 才 から _____ 才 まで

種類 ビール 日本酒 焼酎 ウイスキー ワイン 缶チューハイ その他

頻度 月に数回程度 週の半分以上 ほぼ毎日

量 1回 _____ (本・合・缶)

Q **アレルギー** アレルギーについてお聞かせ下さい。

• 花粉症 アレルギー性鼻炎 などの症状はありますか？

はい (具体的に _____) いいえ

• 「薬」や「食物」に対するアレルギーはありますか？

はい (具体的に _____) いいえ

• 喘息 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 などの治療歴がありますか？ もしくはありましたか？

はい (具体的に _____) いいえ

Q **家族歴** **ご家族・ご親族**で 下記に該当するご病気やお薬を内服されている場合には を付けて下さい。

脳梗塞・心筋梗塞など 関係性 両親 兄弟 子供 それ以外

喘息・アトピー 関係性 両親 兄弟 子供 それ以外

糖尿病・甲状腺疾患 関係性 両親 兄弟 子供 それ以外

Q **LUNA** 女性のかたへ **妊娠の可能性** **授乳有無** **閉経有無**についてお聞かせ下さい。

妊娠 妊娠中 (_____ 週) 可能性あり 可能性なし

授乳 授乳中 (_____ ヶ月) 授乳していない

閉経 閉経後 (_____ 才) 予兆なし 予兆あり