

## 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				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		紹介状や検診結果の有無		<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

裏面もごさいますのでご確認下さい

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