

# 初 回 問 診 票

年 月 日

※この問診票は、診察を行うにあたり必要な情報を頂き、信頼でき、安心できる診察を提供させて頂くためにご記入頂きます。個人情報厳守させて頂きます。

		体温	°C
フリガナ	性別	男	女
氏名	生年月日	年 月 日	才
〒	ご職業		
住所			
電話	携帯		

問 診 票	身長	cm	体重	kg
-------	----	----	----	----

今現在、一番つらい症状はなんですか？一番つらいものに◎、その他当てはまるものは○をしてください。  
・発熱 ・のどの痛み ・せき ・たん ・鼻水 ・関節の痛み ・頭痛 ・腹痛 ・吐き気  
・嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・食欲がない ・腰痛 ・息苦しさ ・体のだるさ ・めまい  
・高血圧( / mmHg) ・その他( )

いつから どこが どのように 具合が悪いのですか？  
健診で異常を指摘されて来院された方はどのような項目を指摘されましたか？○を付けてください  
・脂質 ・便潜血  
・肝機能 ・胃のバリウム検査  
・尿酸値 ・その他  
紹介状 あり ・ なし  
・血糖 ( )

どちらか他に医師の診察を受けていますか？( はい ・ いいえ ) はいの方は病院名：  
現在治療中の病気は何ですか？当てはまる項目に○をしてください。  
・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・腎臓病 ・痛風(尿酸値が高い) ・脳梗塞 ・不整脈  
・ぜんそく ・緑内障 ・関節リウマチ ・その他( )  
治療中の病気で服用している薬剤は何ですか？

今までに大きなケガをしたり病気にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ

年齢	病名	治療(手術・薬剤)

食品や薬品などでアレルギー反応を起こしたことはありますか？( あり ・ なし )  
ありと答えの方は、どのようになるのか具体的に教えてください。

例: スギ花粉で鼻水が出る 歯医者さんの麻酔で血圧が下がった 抗生剤でじんま疹

→裏面へ続きます。

下記の質問にお答えください。

- 食習慣： 1日に何回食事されますか？ 3回 ・ 2回(朝食抜き・昼食抜き・夕食抜き) ・ 1回 ・ 4回以上  
 外食の頻度は多いですか？ 週に2, 3回 ・ 月に2, 3回 ・ その他( )  
 コンビニやスーパーのお総菜等の食事は多いですか？ はい ・ いいえ  
 内容の傾向： 味の濃いものが多い ・ 塩辛いものが多い ・ 脂っこいものが多い ・ バランスに気を付けている
- お酒： 飲まない ・ 飲む  
 飲酒のペース： 毎日 ・ 週に1~3回 ・ 月に1~3回 ・ 機会飲酒  
 1回の飲酒量： ビール ml, ワイン 杯, 日本酒 合, 焼酎 杯, チューハイ 杯
- たばこ： 吸ったことがない ・ 吸う (1日に平均 本、約 年間 または 歳から)  
 以前吸っていた( 才 ~ 才、1日平均 本)
- 排便ペース： 1日 回 ・ 週に 回  
 便の状態： 普通 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 便秘 ・ 硬便 ・ コロコ糞 ・ 下痢と便秘の繰り返し  
 ※女性のみ 月経は便通に影響しますか？ はい ( 下痢 ・ 便秘 ) ・ いいえ
- 睡眠： 普段、おおよそ何時に就寝、何時に起床されますか？ 就寝 時、起床 時
- 運動： 運動習慣はありますか？ 毎日 ・ 週に 回 ・ 仕事で動く程度 ・ なし  
 1回にどの程度体を動かしますか？ 時間程度  
 運動の内容は？ ジムワーク ・ ジョギング ・ ウォーキング ・ その他( )

★女性の方へ★

月経の周期は？ 約 日周期、整 ・ 不整、出血量は？ 多い、少ない、普通  
 妊娠している可能性はありますか？ ( はい ( 妊娠 週 ・ 詳細不明 ) ・ いいえ )  
 授乳中ですか？ ( している ・ していない )  
 最終月経はいつですか？ ( 月 日)、閉経している( 才頃)

その他 何かご質問やご相談はありますか？

内視鏡の検査を希望されますか はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました！