

問診票（新患）

来院予定日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
お名前(漢字)	<input type="text"/> <input type="text"/>
お名前(フリガナ)	<input type="text"/> <input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>
都道府県	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/> <input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>
メールアドレス（確認用）	<input type="text"/>
来院動機	<input type="radio"/> ホームページ <input type="radio"/> 通りがかり <input type="radio"/> 家族・知人紹介 <input type="radio"/> クリニック紹介 <input type="radio"/> チラシ <input type="radio"/> 看板 <input type="radio"/> 近所 <input type="radio"/> 内覧会に来て <input type="radio"/> 紹介状持参 <input type="radio"/> その他

1. 今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックしてください(複数可)

- 発熱 頭痛 喉の痛み 咳・たん 鼻水・鼻詰まり 関節の痛み 胸の痛み 足のむくみ
 めまい ふらつき 動悸 息苦しい 体がだるい 食欲がない 腹痛 下痢
 血便がある 吐き気 医師に診察を勧められた 検診で異常を指摘された その他

それはいつ頃からですか？

- 今日 2～3日前 1週間前 それ以上

（「その他」と回答した方）具体的にご記入ください

2. 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？(複数可)

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心疾患 不整脈 痛風 がん 喘息 脳出血
 脳梗塞 その他

（「その他」と回答した方）病名をご記入ください

3. 現在服用中のお薬はありますか？

なし あり

(「あり」と回答した方) 分かる範囲でお薬名をご記入ください

4. お薬または食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり

(「あり」と回答した方) 分かる範囲でお薬名または食べ物名をご記入ください

問診票**5. お酒は飲みますか？**

飲まない 飲む

(飲むと回答した方) 普段お酒は何を飲みますか？ (複数可)

ビール 日本酒 焼酎 ワイン ウイスキー

(飲むと回答した方) どのくらいの頻度で飲酒されますか？

毎日 2~3日に1回 週1回 月2回程度 それ以外

(飲むと回答した方) 1日あたりの飲酒量はどのくらいですか？

1合未満 1合~2合未満 2合~3合未満 3合以上

※1合の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、日本酒1合(180ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

6. タバコは吸いますか？

吸わない 吸っていた 吸う

(「吸っていた」と回答した方) 何歳から何歳まで、1日平均して何本吸っていましたか？

(「吸う」と回答した方) 1日に平均してタバコを何本吸いますか？

(「吸う」と回答した方) 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間吸っていますか？

7. 日頃運動習慣はありますか？

なし あり

8. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上していますか？

していない している

9. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上していますか？

していない している

10.この1年間で3Kg以上の体重の増加,または減少はありましたか？

なし あり

問診票

(「あり」と回答した方) 具体的に○kgの増加ですか？または減少ですか？

11.妊娠中ですか？(女性の方のみ)

いいえ はい

12.授乳中ですか？(女性の方のみ)

いいえ はい

13.心臓にペースメーカーや植え込み型除細動器 (ICD) を埋め込んでいますか？

なし あり

14.これまでに手術を受けられたことはありますか？

なし あり

(「ある」と回答した方) 手術を受けた時期と部位をご記入下さい。

15.血のつながりのある家族・親族に次の病気はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 肝臓病 がん なし

(上記にチェックを入れた方) 具体的な病名をご記入下さい

16.ご質問／ご要望がありましたら、ご記入ください。

17.当院では以下の診療も行っております。ご興味のある項目がございましたらチェックをお願いします。

禁煙外来 (保険診療) 心臓リハビリテーション (保険診療) 更年期障害 男性型脱毛症 (自費診療) ※準備中

ご記入ありがとうございました。