

問診票(新患)

来院日 年 月 日

(カナ) 氏名	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	生年月日	明 大 昭 平		
			年	月	日 歳
		性別	男性	女性	
住所	〒 — 市 区				
電話	自宅	—	—	身長	cm
番号	携帯	—	—	体重	kg
メール アドレス					
来院 動機	・通りがかり ・家族、知人の紹介 ・他院より紹介 ・チラシ ・看板 ・自宅の近所 ・内覧会 ・ホームページ ・その他()				

1.今日はどうなさいましたか？(複数可)

- ・発熱 ・頭痛 ・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 ・その他()

いつ頃からですか？

- ・今日 ・2～3日前 ・1週間前 ・それ以上()

2.現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？(複数選択可)

- ・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() ・なし

3.現在内服中のお薬はありますか？

なし あり ※お薬手帳などをご持参の方は記入不要です。

(ありと回答した方) わかる範囲でお薬名をご記入ください。

4. お薬または食べ物などのアレルギーはありますか？

なし あり → 下記に具体的にご記入ください。

[
]
)

4. 花粉症はありますか？

なし あり

5. お酒は飲みますか？

飲まない 飲む [**何を** **どのくらいの量** **ml/週** **回**]

ビール中瓶1本 (約 500ml)、日本酒1合 (180ml)、焼酎1合 (80ml)、
ウイスキーダブル1杯 (約 60ml)、ワイン2杯 (240ml)

6. 煙草を吸いますか？

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日平均して何本くらいですか？

(歳～ 歳まで、 年間、1日 本くらい)

【吸うと回答した方】 習慣的にタバコを吸うようになって何年間ですか？

また1日平均して何本吸いますか？

(歳から 年間、1日 本くらい)

7. 日頃運動習慣はありますか？

なし あり

(以下ありと回答した方)

【何を どのくらいの時間 分/週 回】

8. 1回30分以上の軽く汗のかく運動を週2回以上していますか？

なし あり

(以下ありと回答した方)

【何を どのくらいの時間 分/週 回】

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年間で体重が3kg以上増加、または減少はありましたか？

なし あり⇒具体的に何Kg増加、減少しましたか？(Kg 増加・減少)

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込型除細動器（ICD）を埋め込んでいますか？

なし あり

14.今までに手術を受けられたことはありますか？

なし あり

(以下ありと回答した方)

手術を受けた部位と時期または年齢をご記入ください。

()

15.血縁者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 ・脳梗塞、脳出血
- ・がん ・なし

具体的な病名と続柄をご記入ください。

()

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
- ・相模原市特定健診 ・健康診断 ・男性型脱毛症(自費診療)
- ・予防接種、ワクチン接種(帯状疱疹・肺炎球菌など)

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡しください。