

# ＜ 問 診 票 ＞

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男性・女性

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

血圧 \_\_\_\_\_

●あなたのお身体の具合について教えてください。 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
いつから？ 昭和・平成 年 月 日頃より 脈拍 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 回/分  
\_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

●そのために他の病院や医院を受診しましたか？

受診した \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_

昭和・平成 年 月 日

病院名( \_\_\_\_\_ )

その時の病名( \_\_\_\_\_ )

身長(自己申告) \_\_\_\_\_

cm

体重(自己申告) \_\_\_\_\_

kg

●今までに**病気**にかかったことがありますか？(現在の症状と関連することがありますのでお書きください)

ある \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_

病名( \_\_\_\_\_ )

手術名( \_\_\_\_\_ )

※虫垂切除術などの開腹手術後は  
手術後の腸閉塞を起こすことが  
ありますのでご記入ください。

※花粉症の方はご記入ください。

輸血を受けたことがありますか？

ある \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_

●**薬物、食品でアレルギー**を起こしたり、じんましんが出たことがありますか？

ある(原因薬物 \_\_\_\_\_ ) ・ ない \_\_\_\_\_

(症状 \_\_\_\_\_ )

●**日常生活**について、おたずねします。

食欲は \_\_\_\_\_ ある \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_

便通は \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回(普通・軟便・下痢・便秘)

睡眠は \_\_\_\_\_ よい \_\_\_\_\_ 悪い \_\_\_\_\_

お酒は \_\_\_\_\_ 飲む 何を \_\_\_\_\_ 、一日に \_\_\_\_\_ 本・合・杯 \_\_\_\_\_ ・ 飲まない \_\_\_\_\_

タバコは \_\_\_\_\_ 吸う 一日に \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間・禁煙した \_\_\_\_\_ ・ 吸わない \_\_\_\_\_

●**家族歴**について、おたずねします。(高血圧、高脂血症、糖尿病など、ご家族の方と関連することが

何人家族ですか？ \_\_\_\_\_ 人、配偶者 有・無 \_\_\_\_\_ ありますのでお書きください)

どなたか病気のかたはいらっしゃいますか？

●**女性のかたへ**

月経は？ (順調・不規則・無月経・閉経)

現在、妊娠や授乳をされていますか？ はい(妊娠 \_\_\_\_\_ か月、授乳中) ・ いいえ \_\_\_\_\_

●その他、ご希望がありましたらお書きください。

●当院をお知りになられた理由を教えてください。 複数可です

以前から知っていた(開業時のチラシで、近所だから)、知人に勧められた、ホームページをみて  
都バス・都電荒川線のアナウンスを聞いた、他院から紹介  
東京女子医大 東医療センターに通院していた、東京女子医大の受付が終了していて紹介された  
大学病院から紹介された、その他( \_\_\_\_\_ )