

問 診 表

ふりがな		性 別	男・女
氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 —	電話番号	— —
		携帯番号	— —
	緊急連絡先：	(続柄：)	— —

1. 本日はどうなされましたか？

- 健診の二次検査 他院からの転院（ 紹介 ・ その他 ） 気になる症状があつて
 その他（)

2. 現在までに診断された病名はありますか？ある方は下記に○をつけて下さい。

糖尿病 高血圧 脂質異常症（高脂血症・高コレステロール血症） 肝疾患 腎疾患 痛風 癌（部位：)
 脳出血 脳梗塞 狭心症 心筋梗塞 心房細動 貧血 喘息 結核 リウマチ その他（)

3. 今現在、次のような症状はありますか？

- 喉がかたく 飲み物をたくさん飲む 尿がたくさん出る たくさん食べる
 夜中トイレに2回以上起きる トイレが近い（頻尿） やせた だるく疲れやすい
 目がかすむ 視力の低下がある 目に異常がある
 足がしびれる こむら返り（足のつり）が多い 足の裏の感覚が鈍くなった
 その他（)

4. これまで入院や手術をしたご経験がある方は、下記にご記入下さい。

例：50歳～狭心症でステント治療（〇〇病院入院）

5. 現在治療を受けていらっしゃいますか？治療中の方は下記にご記入下さい。

病院： 診断名：

6. 現在飲んでいる薬はありますか？お薬手帳のご提出または下記へのご記入をお願いいたします。

薬剤名：
 ※ジェネリック希望 (する・しない)

7. 血縁の方で下記疾患の方はいらっしゃいますか？() 内に血縁関係をご記入下さい。

(記入例：父、母、父方の祖父など)

糖尿病 () 高血圧 () 脂質異常症 () 脳出血 ()
 心筋梗塞・狭心症 () 癌 () その他疾患名(病名： 血縁関係：)

8. 今まで薬や食べ物でアレルギーになったことがありますか？ある方のみ下記へご記入下さい。

*薬剤アレルギー() *食物アレルギー() *その他アレルギー()

9. 介護保険の認定がある方は教えてください。 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 申請中

10. 妊娠中または授乳中の方はお教え下さい。 (妊娠中・授乳中)

11. どのようにして当院の情報をお知りになりましたか？

院長が以前診療を担当していたので/紹介/人に勧められて/家・勤務先が近いので知っていた/
 ホームページ・タウンページ・情報誌・看板・バス放送で知って

※定期通院の方で一定期間ご来院がない場合、受診勧奨の連絡をさせていただいております。

ご了承いただけない場合はお声掛け下さい。

上記までの記入が終わりましたら、受付までご提出をお願いいたします。

① 今まで一番体重が重かったのは()歳頃で()kg あった
20 歳頃の体重は何 kg でしたか？ ()kg だった

② 眼科受診または眼底検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
一番近くはいつですか？（健診／_____眼科を受診（昭和・平成・令和 年 月）
どのようなお話がありましたか？

正常（心配ない） 糖尿病性網膜症 白内障 緑内障 眼底出血
以下のような治療を受けたことがありますか？
凝固（レーザー）治療 硝子体手術 該当なし

③ あなたの仕事についてお伺いします。
ご職業（ ） 過去のご職業（ ）
あまり体を動かさない よく体を動かす仕事だ よく歩く仕事 重労働である
日勤（ : ~ : ） 夜勤（ : ~ : ） 変則勤務あり（ : ~ : ）

④ 家族構成についてご記入をお願いします。
独り暮らし（ 実家あるいはご家族の住まい： _____ 都道府県 ）
 人暮らし（ 家族構成： _____ ）

⑤ 運動をされていますか？ はい いいえ
「はい」と答えた方は、どんな運動をどのくらいしますか？
（例：水泳 を 2回/週 、1 回あたり1時間程度）
運動：_____ を 毎日 _____ 回くらい/（ 週 ・ 月 ） 、1 回あたり_____ （ 分 ・ 時間 ）程度
運動：_____ を 毎日 _____ 回くらい/（ 週 ・ 月 ） 、1 回あたり_____ （ 分 ・ 時間 ）程度
通勤/車 バイク バス 地下鉄・電車 自転車 徒歩 分 時間くらい

⑥ 生活習慣についてお聞きます

【食生活】

起床（ : ）
朝食（ : ）自宅 おにぎり コンビニ食 ホテル朝食
昼食（ : ）自宅 食堂 仕出し弁当 手作り弁当 コンビニ食 宅配食
夕食（ : ）自宅 スーパー惣菜 コンビニ食 宅配食 居酒屋食
就寝（ : ）
間食：しない ・ する（ 午前中 ・ 昼過ぎ ・ 夕方 ・ 夕食後 ）
外食：しない ・ する（ 毎日 ・ たまに ）

【アルコール】 飲まない

飲む→自宅（ _____ 回/週） 外食時（ _____ 回/週） 付き合い程度（ _____ 回/月）

<p>飲酒歴</p> <p>_____年</p>

ビール ml/日（糖質ゼロ アルコールフリー）
焼酎 ml/日（ 水割り ・ ロック ・ お湯割り ）
日本酒 ml/日 ウイスキー ml/日
他（ _____ ） ml/日

【たばこ】

吸わない
吸う（ _____ 本/日、 _____ 年間喫煙）
過去に吸っていた（ _____ 本/日、 _____ 年間喫煙、 _____ 歳から禁煙した）