

# 問診票

年 月 日

\* 初診の状態把握と適切な診断/治療のために可能な範囲でご記載いただくようご協力をお願い致します。

フリガナ				
お名前	体温	℃	身長	cm
			体重	Kg
住所	〒			
電話番号(携帯電話)				
緊急連絡先	お名前	関係性( )		
	連絡先			

Q1 本日はどうされましたか？

体調不良

↓それはどのような症状ですか？当てはまる項目にチェックをお願いします。

発熱  だるい

神経症状 (  頭痛  めまい  ふるえ  ふらつき  しびれ感  力が入りづらい )

呼吸器症状 (  のどが痛い  鼻汁  咳  痰  呼吸が苦しい )

胸部症状 (  胸が痛い  脈が速い  脈が乱れる )

消化器症状 (  吐き気/嘔吐  胃痛  腹痛  下痢  血便 )

泌尿器症状 (  頻尿  排尿時痛  残尿感  血尿 )

整形外科的症状 (  首が痛い  肩が痛い  腰痛  膝が痛い )

その他 できるだけ具体的に記載をお願いします。

( )

鍼灸マッサージ → 今までに施術を受けたことがありますか？  ある  ない

健診  自費点滴  ワクチン

Q2 いつからその症状がありますか？

今日から  数日前から  1週間程度前から  1か月程度前から  それ以上前から

Q3 症状は1日の中で変化はありますか？

ある  変わらない

Q4 今飲んでいる薬、サプリがあれば教えてください。(内服歴)

\* 本日お薬手帳をお持ちの場合、記載は不要です。

Q5 アレルギーはありますか？

はい 食物( ) / 症状  発疹やかゆみ  息が苦しい  嘔吐/下痢  その他( )  
薬( ) / 症状  発疹やかゆみ  息が苦しい  嘔吐/下痢  その他( )  
その他( ) / 症状  発疹やかゆみ  息が苦しい  嘔吐/下痢  その他( )

いいえ

裏面に続きます→

Q6 定期的に治療を行っていた/行っている、又は入院を要した病気やけがについて教えてください

- 特になし  
 あり

いつ頃	病名(診断名)/ケガ	病院名	治療経過	転機
				治癒/治療中/経過観察/中断
				治癒/治療中/経過観察/中断
				治癒/治療中/経過観察/中断
				治癒/治療中/経過観察/中断
				治癒/治療中/経過観察/中断

Q7 手術や輸血歴について教えてください

手術を受けたことがありますか？

- いいえ  
 はい

いつ頃	病気/ケガ	病院名

輸血を受けたことがありますか？(その他血液製剤を含む)

- いいえ  
 はい ( )歳

Q8 生活習慣について教えてください

- \* 飲酒  しない  する 飲酒量を教えてください (何を )  
 どれくらい  
 飲酒頻度を教えてください  毎日  週 2-4 回  月 2-4 回
- \* 喫煙  しない  やめた (1 日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 歳まで吸っていた)  
 今も吸っている (1 日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳から吸っている)
- \* 食習慣  間食が多い  外食が多い  食事回数・時間が不規則
- \* 運動  ある  なし
- \* 職業 ( ) Ex:事務、肉体労働など
- \* 生活習慣病と診断されたことがある  
 糖尿病  高血圧  脂質異常症  慢性腎臓病  骨粗鬆症
- \* 定期健診(1 年 1 回以上)を受けていますか？  いいえ  はい (最終健診 年 月頃)

- Q9(女性のみ) 現在妊娠の可能性はありますか？  あり  なし  
 現在授乳中ですか？  はい  いいえ

ご協力ありがとうございました。  
 ソージュ山下町内科クリニック