

問診票 (No1・表)

年 月 日

お名前 _____ ID 番号 _____

年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

内 整 外 形 耳 皮 泌 眼 呼 脳 ホ

1. どうなさいましたか？

・どんな症状ですか ()

・いつからですか ()

・症状の頻度は？ 持続的 時々 一度だけ 無症状・既に検査や治療は受けましたか？ いいえ はい ⇒ 下記にチェック 市販薬の利用 他の医療機関を受診 その他 ()

2. 治療中もしくは今までかかった病気や受けた治療、指摘されている病気などがありますか？

(がん・心臓病・不整脈・糖尿病・腎臓病・肝臓病・胃十二指腸潰瘍・脳梗塞・脳出血・喘息・
リウマチ・緑内障・白内障・前立腺肥大・蕁麻疹・花粉症・高血圧・貧血・高脂血症など) いいえ はい ⇒ 詳細を下記に記載してください

()

3. 手術歴・輸血歴はありますか？ いいえ はい ()

4. 現在、お薬を内服していますか？サプリメントの使用も合わせ教えてください。

 いいえ はい ⇒ (内容:)

5. 薬物・食べ物・ハウスダストなどのアレルギーはありますか？

 いいえ はい ⇒ 原因物質: 薬・食物などの名称 ()

6. 麻酔薬 (キシロカインなど) でアレルギー症状が出たことはありますか？

 いいえ はい 使用したことがない7. 喫煙歴を教えてください。 なし あり (_____ 本/日、 _____ 歳から _____ 歳まで)8. 飲酒歴を教えてください。 なし あり (_____ 日/週) たまに飲む程度

1日あたり (種類 _____、 _____ 本・合・缶・ml)

9. 女性の方へ。現在、妊娠・授乳されていますか？

 いいえ あり (妊娠: _____ 週) わからない 妊娠計画中 授乳中10. 最近2週間以内の海外渡航歴 なし あり 渡航地: _____

11. 気になること、希望されることをご記入ください。

*** 整形外科・皮膚科・形成外科・消化器センター・アイセンター・呼吸器センター受診希望の方は、追加の質問がございますので、裏面への記入もお願い致します。**

問診票 (No2・裏)

お名前： _____

整形外科を受診の方へ

■部位はどこですか

右図に ○

症状： 痛み しびれ その他

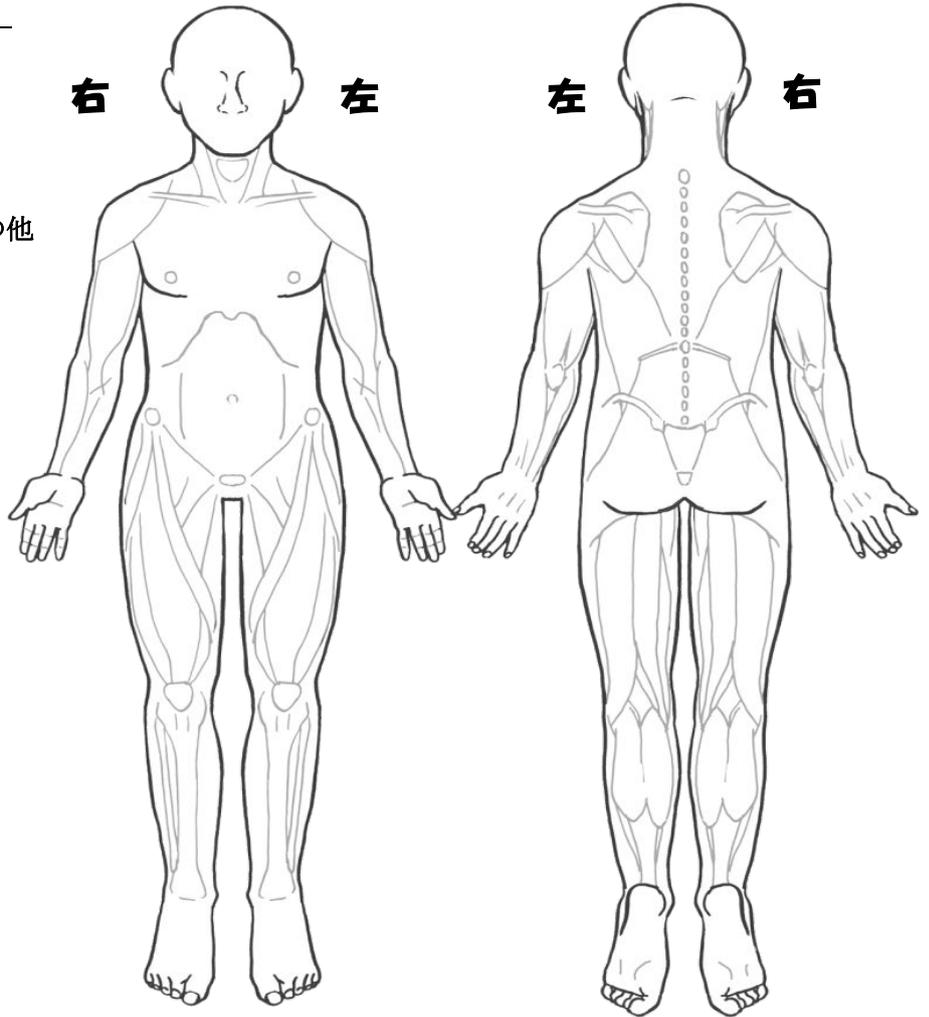
原因： 外傷 転倒

ぶつけた

交通事故等

特になし

その他 ()



皮膚科・形成を受診の方へ

■部位はどこですか

右図に ⊘

消化器センター受診の方へ

■部位はどこですか

右上図に ⊙

■体重増減

なし

あり (_____ヶ月 / _____年で _____Kg 増えた 減った)

アイセンター(眼科)を受診の方へ

■以前に目の病気をしたこと (現在治療中を含む) はありますか。

特になし LASIKなどの屈折矯正手術 白内障 緑内障 網膜剥離

黄斑手術 斜視・弱視 その他 ()

■普段の見え方 (メガネなどの使用状況) を教えてください。

裸眼で生活 コンタクトレンズ使用 (ハード ソフト)

メガネ使用 (老眼鏡 遠方用 遠近 (中近) 両用

呼吸器センターを受診の方へ

■ご自宅でペット (イヌ、ネコ、ハムスター、鳥など) を飼っていますか。

いいえ はい (種類: _____)

■ご自宅の床にカーペットを敷いていますか。

いいえ はい