

# 初診質問表

年 月 日 記入

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: (現在) \_\_\_\_\_ kg (半年前) \_\_\_\_\_ kg

血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍: \_\_\_\_\_ 回/分

1) 今日はどうな理由で来院されましたか? ①から④に○をつけてください

① 定期検査 ② 検診・人間ドック後の再検査 ③ 他院より紹介

④ 症状があるから: 現在ある症状に○をつけてください

(腹痛・胃痛・腹部膨満感・血便・下痢・便秘・吐き気・嘔吐・発熱)

その他( \_\_\_\_\_ )

・いつ頃から・どのような症状がありますか?

2) 今日何か食べたり、飲んだりしていらっしゃいますか? (はい・いいえ)

3) お薬や食べ物のアレルギーはありますか? (湿疹や気分不快などの症状) (ある・ない)

薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 食品名 ( \_\_\_\_\_ )

4) 今までに病気やけがで治療をお受けになったことがありますか? (ある・ない)

高血圧・心疾患・脳梗塞・糖尿病・喘息・潰瘍・脂質代謝異常(高脂血症)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

5) 現在通院中の病院がありますか? (ある・ない)

病名 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

病名 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

6) 手術をお受けになったことがありますか? (ある・ない)

病名・手術 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時

病名・手術 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時

7) 輸血をお受けになったことがありますか? (ある・ない)

8) 現在服用中の薬がありますか? (ある・ない)

薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )

★その中で血流を良くするお薬があればご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

★お薬手帳をお持ちの方は診察時にご提出ください

9) ピロリ菌の検査をお受けになったことがありますか? (ある: いつ頃ですか? \_\_\_\_\_ ) (ない)

ピロリ菌の除菌をお受けになったことがありますか? (ある: いつ頃ですか? \_\_\_\_\_ ) (ない)

★裏面もご記入をお願いします

10)女性の方へ 現在妊娠又は妊娠の可能性がありますか？ (はい・いいえ)  
 現在、授乳していますか？ (はい・いいえ)

11)お酒を飲みますか？ (はい・いいえ)  
 (毎日・時々) (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー ml程度)

12)たばこを吸いますか？ (はい・いいえ)  
 ( 歳から ・ 1日 本) ( 歳で辞めた)

13)以下の質問には必ずご記入ください

精密検査の結果《がん》が発見された場合、当院では病名及び病状をご本人様に告知することを原則としておりますが、それに同意されますか？ (はい・いいえ)

【 いいえの方に 】

ご本人様に告知がされない場合は、ご家族様へ説明が必要となりますが、それに同意されますか？ (はい・いいえ)

14)ご家族についてご記入ください

	年齢	(どちらかに○を記入)		病名	同居(○を記入)
		健在	死亡		
父	歳				
母	歳				
兄弟姉妹	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
配偶者	歳				
子供	歳				
	歳				
	歳				

15)緊急連絡先

※ご本人以外の連絡先をご記入ください。(ご自宅不在の場合、連絡させていただきます)

氏名	フリガナ	続柄	連絡先	①
				②
住所				
氏名	フリガナ	続柄	連絡先	①
				②
住所				