

受診問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 才 性別 男・女
身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ 度 SP02 _____ %
職業 _____ 職歴 _____

I 今回受診されたきっかけをお聞かせ下さい。

1. 他の医療機関からの紹介 2. セカンドオピニオン 3. 家族や知人のすすめで
4. 交通の便がよいから 5. 自宅や職場が近いから 6. ホームページを見て
7. 広告を見て () 8. その他 ()

II 現在何か症状がありますか

1. ない 2. ある<胸痛・動悸・脈が乱れる・呼吸が苦しい・呼吸の異常・息切れ・めまい
・頭痛・発熱・鼻汁・鼻詰まり・ぜいぜい・のどの痛み・咳・痰・血の混ざった痰
・声がれ・いびき・むくみ・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐>
その他 ()

上記の症状はいつからですか。 年 月 日頃から
一緒に住んでいる人で同じ症状の人はいますか？ 1. いる 2. いない

III 現在治療中または過去に患ったことがある病気がありますか

1. ない 2. ある<糖尿病・高血圧・心臓病・脳血管障害・肝臓病・喘息・呼吸器疾患・前立腺肥大
・緑内障・腎臓病・胃腸障害>

※上記以外で患ったことがある、または治療中の病気がありましたご記入下さい。

病名 ()
病名 ()

IV 現在服用している薬はありますか。

1. ない 2. ある 薬の内容がわかれば記入して下さい。()

V 今までに食品、薬で発疹等アレルギー症状を起こした事がありますか。

1. ない 2. ある (食品名・薬品名)
いつ頃ありましたか ()

VI 今までに会社や住民検診で異常があると言われたことがありますか。

1. ない 2. ある (肺 ・ 胃 ・ 腸 ・ 心電図 ・ 血液)
その他 ()
指摘を受けたのはいつ頃ですか ()

VII 家族（血縁関係）の方でがんと言われた方はいますか。

1. いない 2. いる ()

VIII たばこを吸いますか。

1. いいえ 2. やめた () 本/日 () 才から () 才まで
3. はい () 本/日 () 才から現在

IX アルコールを飲みますか。

1. いいえ 2. やめた 3. はい 酒 () 合/日 ビール (350ml・500ml) () 本/日
ウイスキー () 杯/日 焼酎 () 杯/日 その他 ()

X 粉塵や石綿を扱う仕事に従事したことはありますか。

1. いいえ 2. はい ()

※女性の方へ

XI 妊娠・月経・更年期障害などについてチェックして下さい。

- 妊娠中である () 週 妊娠の可能性ある 閉経している () 才頃から
 更年期障害がある 内容 ()
 最終月経 () 年 () 月頃

XII その他（上記以外で気になる事は全てお書き下さい。）

ご協力ありがとうございました