

# 【初診】問診票

受付番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

フリガナ		性別
氏名	様	男・女
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	
自宅電話番号		
携帯電話番号		

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？（一番みてもらいたい症状には下線を引いて下さい）

- 胸痛            動悸            息苦しさ            むくみ  
力が入らない    しびれ            めまい            意識障害・意識消失  
発熱            咳            のどの痛み            鼻水            嘔気・嘔吐  
尿がでない    痛み（首・肩・背中・腰・腕・足・頭・お腹）  
下肢静脈瘤    健康診断後  
その他 [ ]

その症状はいつからありますか？

[ ]

上記の症状で他院を受診されましたか？

- はい（病院名 \_\_\_\_\_） いいえ

現在の痛みやつらさはどの程度ですか？（数字に○をつけて下さい）



0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10



全く痛くない・つらくない

我慢できない程、  
痛い・つらい

2) 今までに病気やけがで治療を受けたことがありますか？

あり

- [ ] 歳 病名 [ ] 治療済み 治療中  
 [ ] 歳 病名 [ ] 治療済み 治療中  
 [ ] 歳 病名 [ ] 治療済み 治療中  
 [ ] 歳 病名 [ ] 治療済み 治療中

なし

裏面に続きます

3) 現在、飲んでいる薬はありますか？（外用薬・点眼薬も含める）

あり なし ※お薬手帳または説明用紙があれば確認させていただきます



**〈ありの場合〉**

血液をサラサラにする薬（ワーファリン・バイアスピリン・パナルジンなど）、  
経口避妊薬はありますか？

あり [ ] なし

4) お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし あり [ ]

5) 現在、タバコを吸っていますか？

喫煙したことがない 現在喫煙中：( )本/日 ( )年間

禁煙をした：( )歳から禁煙 以前( )本/日 ( )年間喫煙

6) お酒は飲みますか？

飲まない

飲む ( )日/週 種類 ( ) 1日の量 ( )合・ml

7) 夜はよく眠れますか？

はい いいえ

平均睡眠時間はどのくらいですか？ 約 ( )時間程度

8) ご家族（血縁者）に、以下の病気の方がいらっしゃいますか？

いらっしゃる場合は、病名に○印を付け、( )内に続柄を記入してください。

例：高血圧 (母)

高血圧 ( )・心臓病 ( )・糖尿病 ( )・脳卒中 ( )

脂質異常症（高脂血症）( )・癌 ( )・その他 ( )

9) 現在、妊娠の可能性はありませんか？（放射線検査実施の確認のため）

妊娠中 ( )週目 妊娠の可能性ある 授乳中 なし

10) もし仮にがんになったときには告知を希望しますか？

はい いいえ

11) 最後に食べ物や飲み物を摂取したのは何時ですか？

飲食した：[ ]を [ ]時頃

飲食していない

12) 現在入院中、または入所中ですか？

はい（病院・施設名： ) いいえ