

患者番号	登録

【初診】問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	職員記入欄
氏名				男・女	
生年月日	大・昭・平	年	月	日 () 歳	
住所	〒				
携帯電話		固定電話			

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

{ } ()

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

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・クロピドグレルなど)、
 経口避妊薬はありますか？

あり { } なし

裏面に続きます

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

13) その他

ご職業(_____) 同居者(_____)

緊急連絡策先(ご本人以外)

[氏名： _____] [電話： _____] [続柄： _____]