

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ				男・女	生 年 月 日		
氏 名					大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 -						
	自宅 (- -)			携帯 (- -)		職業	
	身長		体重		体温		紹介状
	cm		kg		°C		有 ・ 無

お薬手帳 (有 ・ 無)

◆ 今日はどのようなことで受診されましたか。☑ でお答えください。

いつから ()

- | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> その他の痛み (部位:) | | <input type="checkbox"/> はき気 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> しびれ | <input type="checkbox"/> はれ (部位:) |
| <input type="checkbox"/> 健診異常精査 | <input type="checkbox"/> 紹介受診 (転医) | <input type="checkbox"/> 健康診断 | <input type="checkbox"/> 予防接種 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

◆ 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。※ () には発見時の年齢を記入

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高 血 圧 (才) | <input type="checkbox"/> 高脂血症 (才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (才) | <input type="checkbox"/> 狭心症 (才) |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 (才) | <input type="checkbox"/> 腎 臓 病 (才) | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (才) | <input type="checkbox"/> 脳出血 (才) |
| <input type="checkbox"/> 痛 風 (才) | <input type="checkbox"/> 肝 臓 病 (才) | <input type="checkbox"/> 喘 息 (才) | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (才) |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

◆ 家族・親族に次の病気はありますか。 ※ () には母、祖父などを記入

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 高血圧 () | <input type="checkbox"/> 高脂血症 () | <input type="checkbox"/> 心臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 癌 () | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 () | <input type="checkbox"/> その他 () |

◆ 今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか。

- なし あり(薬: 食品: その他 ())

◆ アルコールについて伺います。

- 飲まない 付き合いで飲む程度 (回/月) よく飲む→ (回/週)
(ビール ml/回、酒 合/回、焼酎 ml/回、その他 ())

◆ 喫煙について伺います。

- もともと吸わない 禁煙した (才) 喫煙中 (才~ 本/日)

◆ 女性の方のみお答え下さい。 妊娠中 (週) 授乳中 生理が不順

◆ 当院にいらしたきっかけを教えてください。

- 通りがかりに当院を見つけた 知人の紹介・勧め かかりつけ医師の紹介
 ホームページを見て その他 ()

◆ 定期的な通院が必要な方で通院が中断されてしまった場合、ご連絡をさせて頂いてもよろしいですか？

はい いいえ

・ 気分の悪い方は、受付にお申し出下さい。

・ 検査や診察予約の状況で順番が前後することもありますので、ご了承下さい。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、肥満症等で受診の方は次頁の記入をお願いします。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、肥満症等で受診の方は以下の項目にもお答えください。

◆食習慣についてお伺いします。該当するところに☑または○をご記入ください。

●1日の食事回数は何回ですか。

3回 2回(朝食欠食・昼食欠食・夕食欠食) 1食(朝食のみ・昼食のみ・夕食のみ)

●食事を摂る時間はいかがですか。

規則的 不規則(具体的に: _____)

●食事量のむらがありますか。

ない(各食ほぼ同じ量を食べる) ある(具体的に: _____)

●食事にかかる時間はどれくらいですか。

10分以内 10分から30分 30分以上

●野菜は意識して摂るようにしていますか。

はい いいえ

●食事はどなたが作られますか。

ご自身(自炊する) ご家族 宅配食を主に使っている ほとんど家で食べない

●外食の利用(コンビニ食も含む)はいかがですか。近いものに☑をご記入ください

ほとんど毎日 週に2~3回 月に2~3回 ほとんどしない

●間食の習慣はありますか。

ない
 ある(具体的に<いつ、何を>: _____)

●夜食の習慣はありますか。

ない ある(具体的に: _____)

◆運動習慣についてお伺いします。

●現在行っている定期的な運動はありますか。

ない <その理由> 多忙で時間が取れない。 運動が好きでない。 持病で制限している。
 その他(_____)

ある <何を> ウォーキング ジョギング 水中歩行 ヨガ エアロビクス
 スポーツ(_____) その他(_____)

<運動時間> 15分くらい 30分くらい 1時間くらい その他(_____)

<その頻度> ほぼ毎日 週2~4回 週1回 その他(_____)

◆睡眠時間はどれくらいですか。

4時間以内 5~6時間 7~8時間 9時間以上

◆普段の生活状況についてお伺いします。該当するところに☑をご記入ください。

ご家族と同居 一人暮らし 単身赴任

ご記入ありがとうございました。 きむら内科内分泌・糖尿病クリニック