

# 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	〒 -			職業
	自宅 ( - - ) 携帯 ( - - )			
身長	体重	体温	紹介状	
cm	kg	°C	有 ・ 無	

お薬手帳 ( 有 ・ 無 ) ※女性の方のみ ( 妊娠中 ( ) 週 ・ 可能性がある ・ 授乳中 ・ 該当なし )

◆ 今日はどのようなことで受診されますか。  でお答えください。

- いつから ( )
- 熱がある                       全身倦怠感                       食欲不振                       めまい
- 咳                                       鼻水                                       のどの痛み                       頭痛
- 腹痛                                       その他の痛み ( 部位 :                      )                       はき気
- 下痢                                       便秘                                       しびれ                                       はれ ( 部位 :                      )
- 健診異常精査                       紹介受診 ( 転医 )
- 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。 ※ (                      ) には発見時の年令を記入

- 高 血 圧 (                      才 )                       高脂血症 (                      才 )                       糖尿病 (                      才 )                       狭心症 (                      才 )
- 心筋梗塞 (                      才 )                       腎 臓 病 (                      才 )                       脳梗塞 (                      才 )                       脳出血 (                      才 )
- 痛 風 (                      才 )                       肝 臓 病 (                      才 )                       喘 息 (                      才 )                       甲状腺疾患 (                      才 )
- 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

- 糖尿病 (                      )                       高血圧 (                      )                       高脂血症 (                      )                       心臓病 (                      )
- 肝臓病 (                      )                       癌 (                      )                       甲状腺疾患 (                      )                       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 )

◆ 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