

# 問 診 票

令和 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 ) ※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 ( )

- |                                  |  |                                |                                      |
|----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| <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"/> 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

- |                                      |                                      |                                    |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 )

◆ 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