

# 問 診 票

※フリガナを必ずご記入ください

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ ( \_\_\_\_\_ 歳)

郵便番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 分かるかた 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

1. 本日は禁煙外来の受診をご希望ですか? はい・いいえ

2. 過去2週間以内に渡航歴がありますか? なし・あり⇒ 国 名 ( \_\_\_\_\_ )

3. いつから どのような症状ですか?

① おおよそ ( \_\_\_\_\_ ) より ② 症 状 ( \_\_\_\_\_ )

上記の症状を改善させるためのお薬を服用されましたか?

いいえ・はい ⇒ 分かれば薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )

4. 普段内服されているお薬やサプリメントはありますか?

いいえ・はい ⇒ ( 薬 剤 ・ サ プ リ メ ン ト 名 \_\_\_\_\_ )

5. 病や大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか?

いつ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_

いつ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_

6. 現在の生活

○食 欲 ( あり・なし ) ○睡 眠 ( 良い・普通・寝つきが悪い・眠りが浅い )

○便 通 ( 良好・便秘⇒ \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回ほど 軟便・下痢 )

○便の色 ( 正常・黒っぽい・白い・血が混じる )

○飲 酒 ( 飲まない・飲む ) ⇒ 毎日・時々 ビール \_\_\_\_\_ 本 日本酒 \_\_\_\_\_ 合 ほか \_\_\_\_\_

○タバコ ( 吸わない・吸う ) ⇒ 1日に \_\_\_\_\_ 本程度

↳ しかし ( 家庭・職場 ) で煙を吸ってしまう

7. 血縁者のかたで、高血圧・高脂血症・糖尿病・脳卒中・癌などの病気にかかった人はいますか?

例: 父が糖尿病、母が高血圧で治療中など

( \_\_\_\_\_ )

8. 薬剤や食材で発疹などアレルギー症状・アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか?

なし・あり⇒ アレルギー症状・アナフィラキシーショック

↳ 分かれば薬剤名 ( \_\_\_\_\_ ) 食材 ( \_\_\_\_\_ )

9. 女性に伺います

妊娠中(可能性あり)・授乳中・閉経

月経は( 順調・不順 )で 最終月経は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間 横浜市 大倉山内科クリニック