

# 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 \_\_\_\_\_ 電 話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

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

2. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) ⇒ 可能性あり 理由( \_\_\_\_\_ )  
可能性なし・不 明

3. 本日は禁煙外来を受診されますか？ は い・いいえ

4. いつから どのような症状ですか？

① いつから ( \_\_\_\_\_ ) 前より

② 症 状 ( \_\_\_\_\_ )

5. 上記の症状を改善させるためにお薬を服用されましたか？(慢性疾患治療薬等も含む)

いいえ ・ はい ⇒ 分かれば薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )

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. 今までに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 \_\_\_\_\_

8. 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

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

9. 薬剤や食材で発疹などのアレルギー症状・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 ( \_\_\_\_\_ )

10. 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