

【 問 診 票 】

フリガナ：		性別
お名前：		男性 ・ 女性
生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)		
ご住所 (〒 - )		
お電話番号： - -		携 帯： - -
勤務先：	役職・職種：	

①今までに入院・手術をされた事がありますか？ ( ない ・ ある )

年齢	入院・手術の病名又は部位	病院名
<例:30才、10代など>	<例:盲腸手術、肺炎で入院、腕を骨折で手術>	<例:聖マリア、新古賀>

②現在治療中の病気はありますか？ ( ない ・ ある )

病名	いつから	病院名	薬の名前
<例:高血圧、糖尿>	<例:3年前、50代>	<例:聖マリア、新古賀>	<例:アムロジン、血液サラサラ>

③血縁者で下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？ ( いない ・ いる )

いらっしゃる方は、病名に○をつけて、続柄・部位等もご記入下さい。 <例:がん(祖母:子宮)>

- ・高血圧 (続柄: ) ・糖尿病 (続柄: ) ・脳梗塞 (続柄: )
- ・心臓病 (続柄: ) ・喘息 (続柄: ) ・がん (続柄: 部位: )
- ・その他 (続柄: 病名: )

④薬や食品でアレルギーがありますか？ ( ない ・ ある )

<例:たまご、症状:湿疹>

( 薬又は食品名: 症状: )

⑤嗜好についてお聞きます <例:日本酒を250ml、2本>

アルコール： 飲まない / 飲む ( 1日、 を ml、 本 ・ 缶 ・ 杯 )  
 タバコ： 吸わない / 吸う (1日 本程度) / 以前吸っていた( 年前)

⑥女性の方へ以下の質問にお答えください。

現在妊娠を … している / していない / わからない

現在授乳を … している / していない

どちらで当医院をお知りになりましたか？○をつけて下さい。

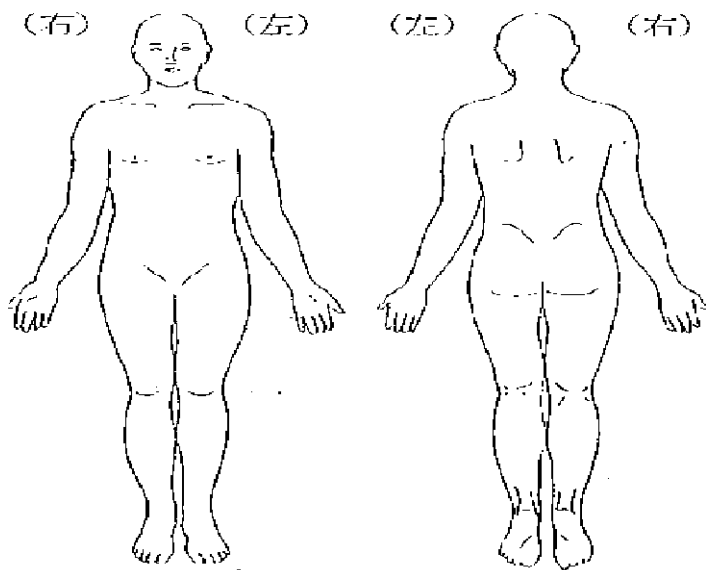
- 家族の紹介( ) 友人・知人の紹介( ) 他院の紹介( ) 新聞・チラシ( )
- 健康教室に参加して( ) 自宅が近い( ) ホームページ( )
- 看板(聖マリア ・ 平島交差点 ・ 津福駅 ・ 荘島) その他( )

★2枚目もございます。お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

⑦症状はいつからありますか？

1.( )日前 2.( )週間前 3.( )ヶ月前 4.( )年前

⑧今回1番お困りの部位を下記の図に記入してください。



⑧-(1)症状が強くなるときは？

(   
 <例:歩き始め、夕方から、常に> )

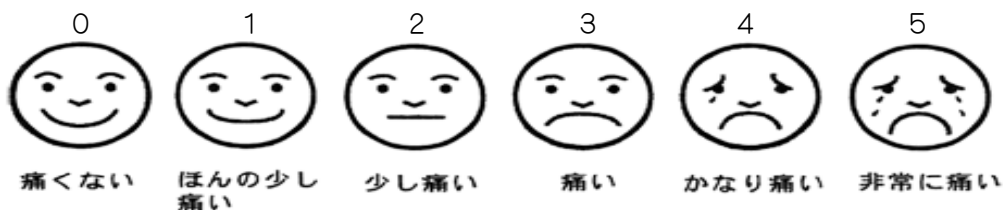
⑧-(2)症状が楽になるときは？

(   
 <例:横になっている時、温めた時、なし> )

⑨どのような症状ですか？

(   
 うずく ・ 刺すように   
 しめつけるように ・ だるい   
 しびれる ・ 冷たい/熱い   
 ズキズキ ・ キリキリ ・ チクチク   
 ピリピリ ・ ヒリヒリ )

⑩症状の強さを顔の表情で表すとどれくらいになりますか？



⑪症状が出たきっかけはありますか？ ( ない ・ ある ) <例:転んで、ゴルフをしていて、急に> ( )

⑫当院の前に、この症状で何か治療はされましたか？ ( していない ・ した )

どこで	いつから	治療期間	内容	備考
<例:聖マリア、整骨院>	<例:半年前、〇月から>	<例:1ヶ月、最近まで>	<例:注射、電気、マッサージ>	<例:レントゲンを撮影>

⑬その結果、どうでしたか？ <例:改善、悪化、変化なし、薬の副作用で中止等> ( )

⑭生活の中で、症状の影響はありますか？ ( ない ・ ある )  
( 眠れない ・ 食欲が出ない ・ 動けない ・ 不安になる ・ イライラする )

⑮痛み止めを使っていますか？ ( いない ・ いる )  
( 薬の名前 : )

⑯痛み止めを使った時、副作用はありましたか？ ( ない ・ ある )  
吐き気がした ・ 便秘 ・ 眠気 ・ 胃の痛み ・ その他( )

★ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。  
他院からの紹介状、検査結果、お薬手帳などお持ちの方は一緒にご提出ください。