

問診票（わかる範囲でご記入ください）

ID _____

名前: _____ (男・女) 年齢()歳 体温()°C _____年__月__日

<p>1. 本日希望の診療科、目的はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>循環器内科 <input type="checkbox"/>腎臓内科 <input type="checkbox"/>呼吸器内科 <input type="checkbox"/>消化器内科</p> <p><input type="checkbox"/>何科にかかったらいいか、分からない</p> <p><input type="checkbox"/>検査・治療を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/>他院から紹介された（病院名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断で受診を勧められた（内容 _____）</p>	<p>2. どのような検査をご希望ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>胃カメラ・大腸カメラ</p> <p><input type="checkbox"/>肺の検査（CT・呼吸機能）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>特になし</p>
<p>3. どのような症状ですか？（○で囲んで下さい）</p> <p>発熱 頭痛 関節痛</p> <p>咳 痰 咽頭痛 鼻汁 鼻づまり</p> <p>胸痛 動悸 息切れ 息苦しさ むくみ</p> <p>不眠 眠気 いびき</p> <p>腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 食欲不振 便秘</p> <p>だるさ 体重減少 尿回数が多い・少ない</p> <p>その他の症状（ _____ ）</p> <p>特になし</p>	<p>4. いつから症状がありますか？</p> <p>（ ）月（ ）日の（午前・午後 _____）時頃</p> <p>かなり前からの場合:（ ）年（ ）月頃</p> <p>★病院に来る前の最後の食事:</p> <p>（ ）月（ ）日の（午前・午後 _____）時頃</p>
<p>5. 同居の人で、同じ症状の人はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p> <p><input type="checkbox"/>いる</p>	<p>6. 金属やペースメーカーが入ってますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある（内容 _____）</p>
<p>7. 現在、治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院）</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院）</p>	<p>8. 常時飲んでいるお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり（名前 _____）</p> <p>※お薬手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>
<p>9. 今までにかかった大きな病気やケガはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院） 歳</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院） 歳</p>	<p>10. 手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院） 歳</p> <p>病名（ _____ ）（ _____ 病院） 歳</p>
<p>11. ご家族に下の病気の方がいらっしゃいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる(いた) ※病名は下の番号で</p> <p>病名（ _____ ）続柄（ _____ ） 病名（ _____ ）続柄（ _____ ）</p> <p>病名（ _____ ）続柄（ _____ ） 病名（ _____ ）続柄（ _____ ）</p> <p>①糖尿病 ②高血圧 ③がん ④脳卒中 ⑤心筋梗塞</p> <p>⑥喘息 ⑦その他（ _____ ）</p>	<p>12. アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>わからない</p> <p>①薬剤（ _____ ）</p> <p>②食品（ _____ ）</p> <p>③造影剤（ _____ ）</p> <p>④その他（ _____ ）</p>
<p>13. 喫煙はされますか？</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙経験なし <input type="checkbox"/>禁煙した <input type="checkbox"/>現在喫煙している</p> <p>喫煙者: 1日（ _____ ）本（ _____ ）歳～（ _____ ）歳</p> <p>禁煙者: 過去に1日（ _____ ）本（ _____ ）歳～（ _____ ）歳</p>	<p>14. 飲酒習慣はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>月2～3回 <input type="checkbox"/>週2～3回 <input type="checkbox"/>毎晩</p> <p>種類(ビール・ウイスキー・焼酎・日本酒・他)</p> <p>量(_____ 杯くらい)</p>
<p>15. 女性の方のみ ※妊娠の可能性について</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠中（ _____ ）週 <input type="checkbox"/>授乳中 ※生後（ _____ ）か月</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>妊娠の可能性なし</p> <p>※最終月経（ _____ ）年（ _____ ）月（ _____ ）日頃</p>	<p>16. 最近の海外渡航はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>(国: _____ 期間: _____)</p>

希望など(あれば、お書きください):