

問診表

名前:

記入日:

質問項目をひとつひとつよく読んで、該当するものにX印、又は記入して下さい。

既往歴	01	治療中・過去の病気(病名・年)
	02	服用している薬、漢方、健康食品、ビタミン
	03	アレルギー(薬、食べ物、ゴム)
	04	入院(病名・年・病院名)
	05	手術(病名・年・病院名)
	06	事故・怪我
	07	現在掛かっている担当医・専門医(病院名)

家族歴	家族歴(父・母・兄妹・祖父・祖母): 該当の箇所へ X をつけて、診断された年齢も記入してください						
		父	母	兄妹	祖父	祖母	その他
	01	癌(病名)					
	02	心臓病・脳梗塞					
	03	糖尿病					
	04	精神病・依存症					
	05	喘息・アトピー					
06	その他						

生活環境・健康診断	01	同居者(ペット込)						
	02	職業(職業上の危険)						
	03	喫煙	なし	現在	過去	箱数(一日):	年間:	やめた年:
	04	アルコール	なし	あり		杯の	(種類)を	日 週 月
	05		毎日適量を超えている		最近摂取量が増えた	適量:ビール大瓶:1本、日本酒:2合、ウイスキー:150ml、焼酎:80-120ml		
	06	睡眠		時間				
	07	睡眠の質	寝つき:良・悪		眠り:浅い・深い		寝起き:良・悪	
	08	幸せ度(0をつけてください)	1:最小 2 3 4 5 6 7 8 9 10:最大					
	09	ストレス度(0をつけてください)	1:最小 2 3 4 5 6 7 8 9 10:最大					
	10	ドラッグ	なし	現在	過去	種類:		
	11	運動	なし	あり	一回の運動量(分)		運動の回数(週)	
	12	健康診断受信日				17	婦人科検診日	
	13	内視鏡検査受診日			上部・下部			
	14	胃がん、胃潰瘍の家族歴	あり	なし				
	15	過去十年に受けた予防接種(0をつけてください)	A型肝炎・B型肝炎・Tdap(破傷風、ジフテリア、百日咳)その他:					
	16	最終月経開始日	/	/				

裏面もご記入ください →

名前:

質問項目をひとつひとつよく読んで、該当するものに×印、又は記入して下さい。

体 質	
01	疲労
02	熱・悪寒
03	寝汗
04	体重の変動
05	その他

眼	
01	かすみ目
02	痛み
03	その他

耳・鼻・喉	
01	難聴
02	耳鳴り
03	めまい
04	鼻水
05	鼻血
06	喉の痛み
07	声の変化
08	その他

心・血・官	
01	胸痛
02	むくみ
03	平らだと息苦しい・枕の数がふえた
04	動悸・不整脈
05	心雑音
06	その他

呼 吸	
01	咳
02	息切れ
03	喘息(ぜんそく)
04	慢性閉塞性肺疾患
05	その他

消 化	
01	吐き気
02	下痢・便秘
03	血便・潜血
04	その他

泌 尿	
01	痛み
02	頻尿
03	おりもの
04	その他

筋肉や関節	
01	関節痛
02	腰痛
03	歩行の問題
04	その他

皮膚	
01	発疹
02	ほくろの変化
03	その他

神経	
01	痙攣(けいれん)
02	脳梗塞・脳卒中
03	頭痛
04	虚弱・脱力感
05	麻痺・しびれ
06	その他

精 神	
01	うつ病
02	不安症
03	自殺願望
04	不眠症
05	その他

内分泌	
01	暑がり・寒がり
02	皮膚や髪の変化
03	喉の渇き・多尿
04	その他

血液・リンパ線	
01	あざがでしやすい
02	貧血
03	リンパ線の炎症
04	その他

男 性	
01	勃起障害
02	尿の勢いが少ない
03	その他

女 性	
01	生理の変化
02	おりもの
03	乳汁
04	胸のしこり
05	その他

上記すべて該当なし