

# 【 一般・生活習慣病 問診票 】

記入日 20 年 月 日

フリガナ 氏名		性別 男・女・その他 生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -	身長・体重 cm kg
電話番号	( ) -	緊急連絡先 ( ) - 氏名 ( ) 続柄 ( )

① 現在、どのような自覚症状がありますか？

- 体がだるい    立ちくらみ    のどが渇く    トイレに近い    目がかすむ  
体重が減る    手足のしびれ    むくみがある    その他 ( )

② 現在、治療中の病気はありますか？ ( あり ・ なし )

- 糖尿病    高血圧    脂質異常症    高尿酸血症  
心疾患    脳血管障害    肥満症    肝機能障害  
慢性腎臓病    甲状腺疾患    その他 ( )

③ 治療中の方は詳細をお聞かせください

医療機関名： \_\_\_\_\_ 投薬 ( あり・なし )  
 処方されている・されていた薬 ( )

④ これまでにかかった病気 (手術も含む) はありますか？ ( あり ・ なし )

→ 「あり」の方  
 病名 ( ) ( 歳)    病名 ( ) ( 歳)  
 病名 ( ) ( 歳)    病名 ( ) ( 歳)

⑤ 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

→ 「あり」の方 ( )

⑥ あなたの血縁関係の方に下記の病気にかかった方はいますか？ (いない ・ いる)

→ 「いる」の方はあなたから見てどなたか続柄を記入してください  
糖尿病 ( )    高血圧症 ( )    がん ( )    腎臓病 ( )  
心臓病 ( )    脳卒中 ( )    脂質異常症 ( )    その他 ( )

⑦ 今まで、一番体重が重かったのはいつですか？ ( ) 歳頃 ( ) kg

裏面に続きます

⑧ 飲酒についてお聞きします

- 飲まない たまに飲む(月に 回程度)→(何をどれくらい) ( )  
飲む 毎日→(何をどれくらい) ( )

⑨ 喫煙についてお聞きします

- 吸わない 以前は吸っていた→( )歳～( )歳まで、1日( )本  
吸う→1日( )本 ( )年間

⑩ 食生活についてお聞きします

- 外食中心 コンビニ食や出来合いの食事が多い 自炊  
・食事の時間 朝( )時頃 昼( )頃 夕( )頃

⑪ 運動習慣はありますか? ( ない ・ ある【内容: 頻度: 】)

⑫ 当院にご来院、もしくはお知りになったきっかけは何でしたか? (複数選択可)

- 他院からのご紹介(医療機関名: /紹介状:あり ・ なし)  
ご紹介【ご家族 ご友人 ご勤務先の方 薬局(薬局名: )】  
新聞の折込広告 ポスティング・街でのリーフレット配布  
病院の検索サイト(サイト名: )  
当院のホームページ(見つけた時に入力した言葉: )  
近くを通りかかって看板を見た その他( )

★ここから先は、女性の方のみお答えください★

- ♪月経周期(順調・不順【過剰・過少】) ・ 閉経( 歳)  
♪妊娠中に高血糖を指摘されましたか? はい いいえ  
♪現在、授乳中ですか? はい いいえ  
♪妊娠中またはその可能性がありますか? はい いいえ  
♪お子さんの出生時体重は4000g以上でしたか? はい いいえ

ご記入は以上となります。

多数の項目への回答にご協力いただき、大変ありがとうございました。  
患者様の個人情報厳守いたしますのでご安心ください。