

問 診 票

患者様氏名	フリガナ	ご職業	

●身長・体重について 現在の身長 _____ cm 体重 _____ kg

●飲酒状況について 飲まない 飲む (量: _____ 頻度: _____)
 止めた (飲酒歴: _____ 歳 ~ _____ 歳)

●喫煙状況について 吸わない 吸う (喫煙歴: _____ 歳 ~ 1日の本数: _____)
 止めた (喫煙歴: _____ 歳 ~ _____ 歳)

●薬 (造影剤) や食べ物のアレルギーはありますか。
 いいえ はい (薬: _____ 食べ物: _____ その他: _____)

●今までに輸血や移植を受けたことがありますか。
 輸血 いいえ はい (いつ頃: _____) 不明
 移植 いいえ はい (いつ頃: _____ 部位: _____)

●今までにかかった病気はありますか。(該当するものに○をつけてください。)
 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈) / 高血圧 / 糖尿病 / 脳疾患 / ぜんそく /
 B型肝炎・C型肝炎 / その他 (病名: _____)

●現在、内服中の薬はありますか。
 いいえ
 はい⇒おくすり手帳がある方はご提示いただき、こちらへの記入は不要です。
 おくすり手帳が無い方は、分かる範囲でこちらにご記入ください。

●女性の方のみお答えください。
 現在妊娠中もしくはその疑いがありますか。 いいえ はい
 授乳中ですか。 いいえ はい

● 通院にかかる時間を教えてください。また、通院手段に○をつけてください。
 約 (_____) 時間 (_____) 分
 (飛行機 / 新幹線 / 電車 / 車 / 徒歩)

●現在治療中の病院について 医療機関名 ()
 診療科 ()
 主治医名 (先生)

●主治医より、病気についてどのように説明を受けていますか。

●現在、気になる症状はありますか。

いつから どころか どのように
 () () ()

●下記の治療を受けられたことはありますか。

手術 抗がん剤 放射線治療 ホルモン療法 その他 ()

●現在、抗がん剤治療をしていますか。

いいえ はい (薬剤名：
 治療スケジュール：)

●家族構成について教えてください。※同居者・パートナー含む

氏名	年齢	続柄	同居・別居	備考
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	

●緊急連絡先を教えてください。

(繋がらない場合に備え、複数の記入をお願いいたします。連絡する優先順位は記載順となります。)

お名前 () 続柄 () 連絡先 ()
 お名前 () 続柄 () 連絡先 ()
 お名前 () 続柄 () 連絡先 ()

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

保険診療の際は、正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

《ご記入ありがとうございました。記載内容は、個人情報保護法に基づいて管理いたします。》