

患者番号： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

性 別： 男      女 \_\_\_\_\_

共 通 問 診 票

生年月日：昭・平・令      年      月      日 \_\_\_\_\_

1. ほかの医療機関からの紹介状をお持ちですか。      【 はい      ・      いいえ      】
2. 一緒に暮らしている方を教えてください。  
                    ☐親                      ☐配偶者                      ☐子供                      ☐その他（                      ）
3. ご自分の病状についてお知らせしてもよい方を教えてください。  
（続柄）                      ：（連絡先）
4. 今まで治療などを受けたことがある病気があれば教えてください。

- ☐糖尿病      ☐高血圧症      ☐高脂血症・脂質異常症                      ☐高尿酸血症
- ☐心・血管疾患                      ☐肺疾患（喘息）                      ☐肝疾患                      ☐脾疾患
- ☐胆道系疾患 ☐大腸疾患                      ☐胃十二指腸疾患                      ☐結核 ☐甲状腺疾患
- ☐腎疾患      ☐血液疾患                      ☐泌尿器疾患      ☐乳腺疾患                      ☐婦人科疾患
- ☐整形疾患      ☐脳疾患                      ☐精神科疾患      ☐白内障                      ☐緑内障
- ☐がん                      ☐アレルギー疾患                      ☐その他（                      ）

★その病気・手術歴などについて詳しく教えてください。

|    |       |     |       |     |       |   |       |     |
|----|-------|-----|-------|-----|-------|---|-------|-----|
| 病名 | _____ | 病院名 | _____ | いつ頃 | _____ | 年 | _____ | 月から |
| 病名 | _____ | 病院名 | _____ | いつ頃 | _____ | 年 | _____ | 月から |
| 病名 | _____ | 病院名 | _____ | いつ頃 | _____ | 年 | _____ | 月から |
| 病名 | _____ | 病院名 | _____ | いつ頃 | _____ | 年 | _____ | 月から |
| 病名 | _____ | 病院名 | _____ | いつ頃 | _____ | 年 | _____ | 月から |

5. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか。      【 はい      ・      いいえ      】
- 「はい」とお答えの方、医療機関、主治医、受診開始日、病名をお教えてください。

その場合に内服しているくすりを教えてください。もしくはお薬手帳をお見せください。

6. 薬のアレルギー（薬疹が出たり、体にあわない薬）はありますか。【 有り ・ 無し 】

※有りの場合

くすりの名前：

どんな症状でしたか：発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他（ ）

7. 食物のアレルギーはありますか。【 有り ・ 無し 】

※有りの場合

該当する食物：

どんな症状でしたか：発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他（ ）

8. 喫煙に関して教えてください。

☐吸わない ☐吸う（1日 本を 年間） ☐以前吸っていた

9. 飲酒に関して教えてください。

☐飲まない ☐飲む（☐毎日 ☐週に 回程度）

※「飲む」とお答えの方にお伺いします。1日に飲むお酒の量はどの程度ですか。

☐1合未満 ☐1～2合未満 ☐2～3合未満 ☐3合以上

1日あたりの飲酒量：日本酒1合(180ml)に相当する目安

・ビール中瓶1本(500ml) ・焼酎25度(110ml) ・ウイスキーダブル1杯(60ml) ・ワイン2杯(240ml)

10. 女性の方にお伺いします。

・現在妊娠していますか。【 はい ・ いいえ ・ わからない 】

・現在授乳中ですか。【 はい ・ いいえ 】

11. 特定健診（メタボ健診）または自治体健診を受けていますか。【 はい ・ いいえ 】

「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことがあれば教えてください。

ご協力ありがとうございました。