

初診時 病状アンケート

これからお聞きすることは、診察のための大切な資料となります。できるだけ正確に、ありのままをお書き下さい。

_____年 ____月 ____日

受付時間：_____ 予診時間：_____ 予診担当者名：_____

氏名		住所	福山市内 ・ 市外
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	BMI	身長/体重： /
年齢性別	_____歳 男・女	仕事の種類	
来院時血圧	/ 脈 整・不整	運 動	
家族構成		来院の きっかけ	他院紹介 / HP 知人紹介 / 看板を見て その他 ()

◆ 今回の症状は

いつ発症	年 月 日頃	検査希望	有	無
		治療希望	有	無
主訴 一番の心配				
症 状			
			
			
			
			
			

◆ 既往歴 現在通院治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？

_____歳頃 病名_____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

_____歳頃 病名_____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

_____歳頃 病名_____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

_____歳頃 病名_____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

_____歳頃 病名_____ 病院 _____ 通院中 ・ 入院 ・ 手術

◆ 大田記念病院 を受診したことが ある 缶訴：) ない

◆ 明神館クリニックを受診したことが ある 缶訴：) ない

◆ 現在内服中のお薬がありますか？ 有 ・ 無

薬品名 _____

該当するものに○をつけてください

◆ ステロイド治療 : ある ・ ない ・ 不明

◆ 喘息 : ある ・ ない ・ 不明

◆ ショック : ある _____ ・ ない ・ 不明

◆ アレルギー : ある _____ ・ ない ・ 不明

◆ 禁忌薬 : ある _____ ・ ない ・ 不明

◆ 食欲 : ある ・ 普通 ・ ない

◆ 睡眠時間 : _____ 時頃 ~ _____ 時頃 約 _____ 時間

◆ 睡眠状況 : ぐっすり眠れる ・ しばしば目が覚める ・ 寝つきが悪い
早朝目が覚める ・ ほとんど眠れない ・ 内服中

◆ いびき : ある ・ ない ・ わからない

◆ 頭痛 : ある ・ ない

◆ 肩こり : ある ・ ない

◆ 排尿 : 問題なし ・ 残尿感 ・ 頻尿 ・ 排尿困難

◆ 便秘 : _____ 日に _____ 回便秘あり
便秘気味 ・ 下痢気味 ・ 血便 ・ 内服中

◆ 女性の方、月経についてお尋ねします。
ある (順調 ・ 不順) ・ ない

閉経 : _____ 歳

妊娠 : 妊娠 _____ 週 ・ 可能性あり ・ 可能性なし ・ 不明

◆ 飲酒 : のむ ・ のまない

種類 : ビール ・ 焼酎 ・ お酒 ・ ウイスキー ・ その他

1日量がある場合はつづけて記入下さい。例 : ビール 350ml/日 お酒 2合/日)

1日量 : _____

◆ タバコ : すう 喫煙年数 : _____ 本/日を約 _____ 年間吸っている。

すわない 過去、喫煙 _____ 本/日を約 _____ 年間吸っていたが

_____ 年前 ・ _____ 日前禁煙

◆ 輸血経験 : あり ・ なし ・ 不明

◆ 体内金属 : あり _____ ・ なし ・ 不明_

入れ歯 : あり ・ なし ・ 不明

インプラント : あり ・ なし ・ 不明

ペースメーカー : あり ・ なし ・ 不明

◆ 目 : 緑内障 あり ・ なし ・ 不明

◆ 耳 : 耳の調子 右 ふつう ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい

左 ふつう ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい

補聴器 あり ・ なし

◆ 血縁者 (親等以内)の病気について

癌 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

結核 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

糖尿病 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

高血圧 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

脳卒中 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

アレルギー疾患 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

精神病 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

心疾患 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

くも膜下出血 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

突然死 : ある ・ ない ある場合は続柄 _____

その他 (_____)

◆ 検査や治療、その他 ご希望がありましたらお書きください。

[_____]