

# 【明神館クリニック 外来問診票】

受診日： 年 月 日 フリガナ 氏名： ( 歳) カルテNo. :

診察の参考にするために、次の質問にお答えください。  
 回答は、口をチェックしてください。または、その他に記入してください。

※ご記入いただいた情報は、医療の範囲内でのみ使用させていただきます。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 来院時血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_

1	本日はどのような症状で来院されましたか
<いつから> _____ <症状> _____	

2	今までにかかった大きな病気、手術、現在治療中の病気はありますか。
( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 ( )歳 病名( ) 病院( ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 手術 その他 ( )	

3	現在内服中の薬はありますか。* お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方はスタッフへお出しください。
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

4	睡眠時間について
( 時 ~ 時) _____ 時間 <input type="checkbox"/> ぐっすり寝れる <input type="checkbox"/> よく目が覚める( 回) <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 早く目が覚める <input type="checkbox"/> 内服中 <input type="checkbox"/> イビキがある <input type="checkbox"/> 無呼吸がある <input type="checkbox"/> 日中の眠気がある	

5	便秘について
<input type="checkbox"/> 問題ない(毎日) <input type="checkbox"/> 便秘気味( _____ 日に一度) <input type="checkbox"/> 下痢気味	

※次のページに記入項目が続きます。引き続きお願いします。↓

6	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。
<input type="checkbox"/> いいえ (喫煙歴なし) <input type="checkbox"/> はい (1日 _____ 本、 _____ 年間 ) <input type="checkbox"/> やめた ( _____ 歳まで1日 _____ 本、 _____ 年間吸っていた)	

7	お酒を飲む頻度はどのくらいですか。
飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 昔はたくさん飲んでいて 頻度 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上休肝日あり <input type="checkbox"/> 年に数回程度 ) 飲酒日1日あたりの飲酒量 <input type="checkbox"/> ビール ( ) ml <input type="checkbox"/> 焼酎(原液) ( ) ml <input type="checkbox"/> 日本酒 ( ) ml <input type="checkbox"/> ウイスキー ( ) ml <input type="checkbox"/> ワイン ( ) ml <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ml	

8	該当するものをチェックしてください。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終発作 ( 年 月頃) 現在治療中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</li> <li>・ アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 何の ( )</li> <li>・ 禁忌薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ( )</li> <li>・ 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり どこにありますか ( ) 種類( )</li> <li>・ インプラント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</li> <li>・ ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</li> <li>・ 緑内障 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 開放隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 )</li> </ul>	

9	女性の方のみご回答ください。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終月経 ( 年 月 日始まり)</li> <li>・ 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 妊娠( )週 <input type="checkbox"/> 不明</li> <li>・ 授乳中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</li> </ul>	

10	血縁者(2親等以内)に該当する病気がありますか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳梗塞 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ 脳出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ くも膜下出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ 脳動脈瘤(未破裂) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ 突然死 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ 心臓病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>	