**問　診　票　（初　診）　Interview sheet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受診日** | （西暦）　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | **ID** |  | **受付番号** |  |
| **カナ** |  |  | **生年月日** | （西暦）　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| **氏名** | **姓** | **名** | **性　別** | 男　・　女 | **年　齢** |  |
| **電話番号（自宅）**　**（　　　　）　　　　　－** | **電話番号（携帯）**　**（　　　　）　　　　　－** |
| **住所　(〒 − )　　　　　県・都・府・道　　　　　　市・町・村・区** |
| **入室される同伴者の有無** | [ ]  はい[ ]  いいえ | **紹介状や検診結果の有無** | [ ]  有[ ]  無 |

当院では診察をスムーズに行えるよう、医師が問診票を確認の上、必要性に基づき、診察前に事前検査を提案させていただいています（特に呼吸器疾患時）。必要性についてご理解、ご了承いただくように説明をさせていただきますが、どうしても診察前検査をお望みでない場合には、下記項目にチェックをご記入ください。

[ ] 　診察前における事前検査を一切拒否します。

* **現病歴１**　**受診目的**についてお聞かせ下さい。
	1. 今回受診された問題の「**発症時期**」について　下記項目から　🗹　を付けて下さい。
	[ ]  1年以上前から[ ]  1ヵ月程度前から　　　[ ]  1-2週程度前から　　　[ ]  数日程度前から
	2. 今回受診された問題の「**内容**」について　下記項目から　🗹　を付けて下さい。　※　複数可
	[ ]  かぜ・胃腸炎などの感染症や　**急な体調不良**[ ]  高血圧・糖尿病・喘息などの**内科疾患**
	[ ]  不眠・倦怠感・頭痛など　**漠然とした体調の悪さ**　　[ ]  皮疹・怪我・ハチ刺されなど**皮膚トラブル**
	[ ]  健診結果・他院処方薬の相談など　　　　　　　　　[ ]  その他
	3. 下記の　**専門／特殊外来**に該当する場合には　下記項目から　🗹　を付けて下さい。
	[ ] 　**呼吸器／アレルギー**外来　：喘息　肺気腫　肺炎　肺癌　アレルギー性鼻炎　アトピー　蕁麻疹　など
	[ ] 　**睡眠障害**外来　：不眠症　睡眠時無呼吸症候群　ナルコレプシー　など

[ ] 　**禁煙／禁酒**外来　　　　[ ] 　**物忘れ**外来　　　　[ ] 　**心療内科**
[ ] 　**更年期障害**外来（男性／女性とわず）　　　　　[ ] 　**ダイエット**外来
[ ] 　**アンチエイジング**外来（プラセンタなど）　　　[ ] 　**メンズヘルス**外来（AGA／EDなど）

[ ] 　それ以外　：　具体的にご記入下さい

* **現病歴２**　受診目的を　できるだけ具体的にご記入下さい。　特に発症時期、症状を正確にご記入下さい。

1

2

3

* **現病歴３　今回の症状**に対して　どちらかの病院に受診しましたか？またお薬は処方されましたか？
[ ] 　いいえ
[ ] 　はい　　いつ？　　　　　　　　　　　　処方された薬
* **内服歴　今回の症状以外**に対して　「通常」内服されているお薬はありますか？

[ ] 　いいえ
[ ] 　はい　　　薬の名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　お薬手帳あり

**裏面もございますのでご確認下さい**

**SAITAMA FUTURE CLINIC**

* **手術歴**　今までに**手術の経験**はありますか？
[ ] 　いいえ
[ ] 　はい　　いつ？　　　　　　　　　　　　病名（手術名）
* **既往歴**　今までにかかった病気があれば　できるだけ正確に　🗹　を付けて下さい。
※　現在も治療中であれば　右の　[ ] 治療中にも　🗹　を付けて下さい。
※　肝臓病、心臓病、がん、腎臓病、その他　などの方は　病名欄に詳しくご記載下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] 喘息　　（　　　　才頃）[ ] 治療中　　 | [ ] 肝臓病　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] 心臓病　（　　　　才頃）[ ] 治療中 |
| [ ] 高血圧　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] 脳卒中　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] がん　　（　　　　才頃）[ ] 治療中 |
| [ ] 高脂血症（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] 腎臓病　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] アトピー（　　　　才頃）[ ] 治療中 |
| [ ] 糖尿病　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | [ ] その他　（　　　　才頃）[ ] 治療中 | ※　下記に詳しくご記入ください |
| **病名　1. 　　　　　　　　　　　　2. 　　　　　　　　　　　　3. 　　　　　　　　　　　　4.** |

* **喫煙**　お煙草についてお聞かせ下さい。　※　できるだけ正確に御願いします。

[ ] 　過去に一度も吸ったことはありません
[ ] 　以前はすっていましたが今はすっていません　　　　　才　から　　　　　才　まで　1日　　　　本
[ ] 　現在も吸っています　　　　　　　　　　　　　　　　才　から　　　　　才　まで　1日　　　　本

* **アルコール**飲酒の有無と　その頻度についてお聞かせ下さい。　※　できるだけ正確に御願いします。

[ ] 　全く飲みません　　　もしくは　　　[ ] 　ほとんど飲みません

[ ] 　飲みます　　　　　　もしくは　　　[ ] 　以前は飲んでいました　　　　　才　から　　　　　才　まで

**種類**　　[ ] 　ビール　[ ] 　日本酒　[ ] 　焼酎　[ ] 　ウイスキー　[ ] 　ワイン　[ ] 　缶チューハイ　[ ] 　その他
**頻度**　　[ ] 　月に数回程度　　　　[ ] 　週の半分以上　　　　　[ ] 　ほぼ毎日
**量**　　　1回　　　　　（本・合・缶）

* **アレルギー**　アレルギーについてお聞かせ下さい。
	+ 花粉症　アレルギー性鼻炎　などの症状はありますか？
	[ ] 　はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　[ ] 　いいえ
	+ 「薬」や「食物」対するアレルギーはありますか？
	[ ] 　はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　[ ] 　いいえ
	+ 喘息　アトピー性皮膚炎　蕁麻疹　などの治療歴がありますか？　もしくはありましたか？

[ ] 　はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　[ ] 　いいえ

* **家族歴　ご家族・ご親族**で　下記に該当するご病気やお薬を内服されている場合には　🗹　を付けて下さい。

[ ] 　脳梗塞・心筋梗塞など　　　　　関係性　[ ] 　両親　　[ ] 　兄弟　　[ ] 　子供　　[ ] 　それ以外

[ ] 　喘息・アトピー　　　　　　　　関係性　[ ] 　両親　　[ ] 　兄弟　　[ ] 　子供　　[ ] 　それ以外

[ ] 　糖尿病・甲状腺疾患　　　　　　関係性　[ ] 　両親　　[ ] 　兄弟　　[ ] 　子供　　[ ] 　それ以外

* **LUNA**　女性のかたへ　**妊娠の可能性　授乳有無　閉経有無**についてお聞かせ下さい。
妊娠　　[ ] 　妊娠中（　　　　週）　　　[ ] 　可能性あり　　[ ] 　可能性なし
授乳　　[ ] 　授乳中（　　　　ヵ月）　　[ ] 　授乳していない
閉経　　[ ] 　閉経後（　　　　才）　　　[ ] 　予兆なし　　　[ ] 　予兆あり

**SAITAMA FUTURE CLINIC**