**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**