

初診問診票

記入日 年 月 日

この問診票は、当院を初めて（または久しぶりに）来院された患者さんのことをより良く知り、診断・治療に際し参考にさせていただくためのものです。

ふりがな

お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別 男・女

身長 _____ cm 体重： _____ kg 来院時体温： _____ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？

[

]

*いつ頃からはじまりましたか。

年 月 日 頃

*そのことで他の医療機関にかかりましたか。 はい いいえ

*そこではどのような説明を受けましたか。

[

]

【発熱など急性症状でおかかりの方】

- * ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があった家族がいますか？（はい・いいえ）
- * 新型コロナウイルス感染者および濃厚接触の方と接触がありましたか？（はい・いいえ）
- * 新型コロナウイルスのワクチン接種はしていますか？（回 済 ・ いいえ）
- * 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？（はい； 年 月 ・ いいえ）

現在、通院している病気や常用している薬はありますか？ ある ない

もしあれば、分かる範囲でご記入下さい。

（医師から処方されている薬だけではなく、市販薬・漢方・サプリメント・健康食品などを含む）

今までに、長期通院を要するような病気、またはけが、手術などの経験はありますか？

 ある ない

もしあれば、その内容と時期を教えてください。

アレルギーはありますか？ ある ない

ある場合、何のアレルギーですか。

どのようなお仕事をされていますか？

お酒は飲みますか？

毎日 週（ ）日 付き合い程度 止めた 飲まない

タバコを吸いますか？

はい（1日 本） 止めた（ 年前） 吸わない

定期的な運動をしていますか？

はい（週 日/1回 分程度） いいえ

気分の変化がありますか？

* 過去1か月間に、落ち込む、やる気が出ない、憂鬱だと感じたことは何度かありましたか。
 はい いいえ

女性の方にお聞きします。

* 最後の月経はいつ始まりましたか。（ 月 日から）

今までに受けた健診についてお知らせください。（最新の結果）

	時期	異常の有無		時期	異常の有無
血液検査	年 月	あり・なし	胃カメラ/バリウム	年 月	あり・なし
尿検査	年 月	あり・なし	大腸カメラ/注腸検査	年 月	あり・なし
胸部X線	年 月	あり・なし	子宮がん検診（女性）	年 月	あり・なし
心電図	年 月	あり・なし	乳がん検診（女性）	年 月	あり・なし
便潜血	年 月	あり・なし	前立腺がん（男性）	年 月	あり・なし

ご家族のことをお聞かせください。（同居のご家族）

続柄	性別	年齢	かかったことのある病気	続柄	性別	年齢	かかったことのある病気

* 書ける範囲で構いません。



がまくだファミリークリニック

ご協力ありがとうございました。