

問診票（これから診療を受けられる方へ）

記入日： 年 月 日 お名前：

これから診療を受けていただく患者さんの状況を把握し、最善の医療を提供するために、事前にご記入いただく書類です。おわかりになる範囲でご記入ください。

1. 今回の病気についてご記入ください。

1) 症状	1. ある	2. ない	3. 検診で指摘された
	いつ頃から	[] 年 [] 月頃から	
	どのような症状		
2) 紹介元の先生からの病名や病状の説明の内容			

2. 当院では、ご自身の病気を理解し適切な治療法を選択するために、ご本人に病名・病状を正確にご説明することを方針としています。あなたはその方針に同意されますか？

1. 同意する
2. 同意しない (理由：)

3. 体重変化についてご記入ください。

体重減少	1. ある： [] カ月で、 [] kg 減少
※最近 6 カ月	2. ない 3. わからない

4. 今までに輸血（自己血の輸血も含みます）を受けたことがありますか。

1. ある	2. ない	3. わからない
-------	-------	----------

5. 食事や輸血などの宗教上の制約についてご記入ください。

1. ある (内容：)	2. ない
--------------	-------

6. アレルギーについてご記入ください。

種類	名前	症状
薬（造影剤や歯科の麻酔など）		
食べ物		
その他（金属・ゴム製品・絆創膏・アルコール剤・花粉症・ハウスダスト）		

7. 手術などで体の中に金属が入っている方は、あてはまるものすべてに○をつけてください。

※その他として外れない指輪、体内に埋め込んでいるその他の器具など

入れ歯（部分入れ歯・総入れ歯）	インプラント	人工関節
脳腫瘍隔壁に対するクリップ	脳内に埋入の刺激電極	ステント（血管や胆管を広げる筒状の金属）
ペースメーカー	埋入型除細胞器	人工弁
ティッシュエキスパンダー（乳がん時）	入れ墨	アートメイク
下大静脈フィルター	ポート	人工内耳
内視鏡止血用クリップ	持続血糖値測定器	その他（ ）

8. からだの障害について（からだの障害とは、麻痺、難聴、認知力低下など）

ご記入ください。

1. ある（どのような障害： ）
2. ない

9. 嗜好品についてご記入ください。

タバコを吸う習慣	1. 現在吸っている 1日の本数 [] 本、 [] 歳から
	2. 以前吸っていたがやめた
	1日の本数 [] 本 [] 歳から [] 歳まで
お酒を飲む習慣	3. 吸ったことがない
	1. 飲む 例) [ビール] を [500] mL 週 [5] 日 [20] 歳～
	[] を [] mL・合 週 [] 日 [] 歳～
	2. 飲んでいたがやめた
	[] を [] mL・合 週 [] 日 [] 歳～ [] 歳まで
	3. 機会飲酒（年に何度か飲む程度）
	4. 飲まない
	5. アルコールが体質に合わない（少し飲んだだけで気分が悪くなるなど）

10. お仕事についてご記入ください。

1. 現在仕事をしている（職業： ）
2. 以前仕事をしていた（職業： ）
3. 仕事はしたことがない

11. 過去にかかった病気やけが、現在治療中の病気についてご記入ください。

発症年齢	病名	医療機関	治療法
例) 65 才	糖尿病	〇〇クリニック	内服薬治療

12. かかりつけの歯科医の利用についてお答えください。

かかりつけの歯科医	1. ある（施設名： ）	2. ない
-----------	--------------	-------

13. ご家族のこと・通院をサポートしてくれる方についてご記入ください。

続柄	年齢	同居・別居	続柄	年齢	同居・別居
(例)妻	63	同居・別居			同居・別居
(例)長男	36	同居・別居			同居・別居
		同居・別居			同居・別居
		同居・別居			同居・別居
		同居・別居			同居・別居

14. 血縁関係にある方（親・兄弟姉妹・子・孫・父方母方の祖父母・おじ・おば・いとこ）で、がんや良性腫瘍（大腸ポリープ、腺腫、脾のう胞、IPMNなど）にかかった方についてご記入ください。

どういう関係の方	病名	発症年齢
(例) 父方の祖父	胃がん	52歳 又は 50代前半

15. 介護保険についてご記入ください。

介護保険の申請	1. 未申請	2. 申請中	3. 申請済み
要介護度	1. 要支援 (1・2)	2. 要介護 (1・2・3・4・5)	
ケアマネージャー	居宅事業所名 [] 担当者名 [] 連絡先 []		
利用しているサービス (当てはまる番号に○)	1. 訪問看護 (回/週) 内容 () 2. 訪問介護 (回/週) 内容 () 3. 訪問診療 (回/週) 内容 () 4. 訪問入浴 (回/週) 5. デイサービス・デイケア (回/) 6. 福祉用具のレンタル、住宅改修 内容 ()		

16. 当院への通院についてご記入ください。

通院時間	約 [] 時間 [] 分
通院方法	1 公共交通機関 2 自家用車を自分で運転 3 自家用車を家族や他の人が運転 4 その他（介護タクシーなど） ()

ご協力ありがとうございました。

(2016/09 作成)

2025/09 改訂