

記入日  
(西暦): 年 月 日

生殖・機能医学科

外来共通問診票

|                            |                                            |                        |
|----------------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| ふりがな<br>お名前<br>生年月日: 年 月 日 | 男・女<br>歳<br>ご職業                            | 身長<br>cm<br>体重<br>Kg・g |
| スタッフ記載欄                    | 血圧 mmHg 脈拍 回/分 体温 ℃ O <sub>2</sub> S A T % |                        |

▼いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？  
( ) 年 ( ) 月 ( ) 日頃～

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名: )

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名: )

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？ ☐なし

☐がん ( 歳) ☐喘息 ( 歳) ☐高血圧 ( 歳)  
☐糖尿病 ( 歳) ☐心臓病 ( 歳) ☐肝臓病 ( 歳)  
☐腎臓病 ( 歳) ☐脳卒中 ( 歳) ☐結核 ( 歳)  
☐その他(病名: ) ( 歳)  
☐手術 (病名/手術名: ) ( 歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？ ☐なし

☐がん (続柄: ) ☐喘息 (続柄: ) ☐高血圧 (続柄: )  
☐糖尿病 (続柄: ) ☐心臓病 (続柄: ) ☐腎臓病 (続柄: )  
☐脳卒中 (続柄: ) ☐その他(病名: ) (続柄: )

▼薬のことについてお聞きします。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名: ) ☐造影剤 ☐麻酔薬  
☐その他 ( )

③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬: ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名 ( )

\* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

① お酒は飲みますか？

☐飲まない ☐時々飲む ⇒ ( ) を ( ) 杯/合/ml 週 ( ) 日  
☐毎日飲む ⇒ ( ) を ( ) 杯/合/ml

② タバコは吸いますか？

☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に ( ) 本 ( ) 歳～  
☐今は吸わない ⇒ ( ) ～ ( ) 歳まで 1日に ( ) 本 ( ) 年間

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ ( ) 歳頃 ☐わからない

お名前 : 様

生年月日： 年 月 日

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？  
☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ( )
- ② その他、アレルギーはありますか？  
☐なし  
☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ( )

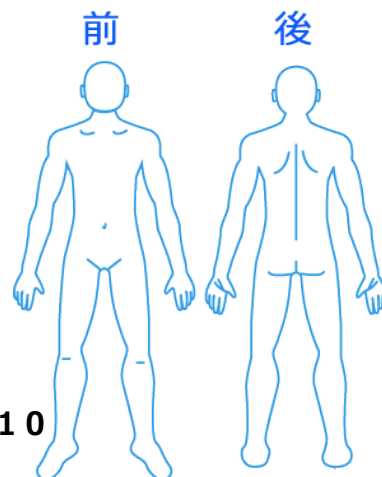
▼せきは出ていますか？

- ☐なし ☐あり  
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい  
② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

- ☐なし ☐あり  
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① 痛い場所はどこですか？  
右図の該当する部位に○をつけてください。
- ② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？  
該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- ☐食事量の変化なし ☐食事量がおよそ2/3に減った ☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- ☐体重の減少に変化なし ☐1 kg～3 kgの体重の減少あり ☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

- ☐なし ☐あり  
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① いつ頃ですか？ ( ) ヶ月前  
② どのように転びましたか？  
☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた  
☐その他 ( )

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

- ☐なし ☐あり  
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① いつですか( ) ～ ( )  
② どこへいきましたか ( )

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

- ☐はい ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

- ☐本人 ☐家族：お名前 ( ) (続柄： )  
☐その他 ( )

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

- ☐はい ☐悪い結果なら知りたくない ☐その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？

- ☐いいえ ☐はい→受診時期 ( ) 月頃 / 指導事項 ☐なし ☐あり