

記入日	年	月	日	男・女	歳	身長	cm
ふりがな						体重	Kg・g
お名前	様			ご職業			
生年月日	年	月	日				
スタッフ記載欄	血圧	mmHg	脈拍	回/分	体温	℃	O <sub>2</sub> SAT %

▼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、現在治療中の病気はありますか？ 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 : M/T/S/H/R/西暦 年 月 日

▼アレルギーについてお聞きします。

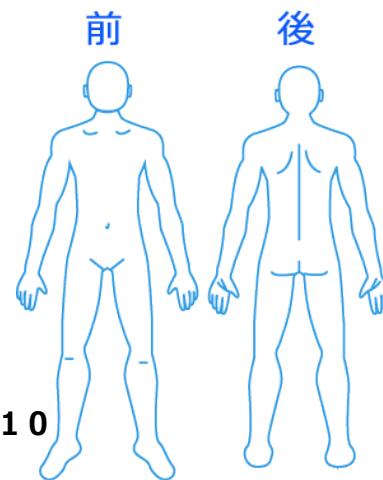
- ① 食物でアレルギーはありますか？  
なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ( )
- ② その他、アレルギーはありますか？  
なし  
花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ( )

▼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、せきが続けていますか？ 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