

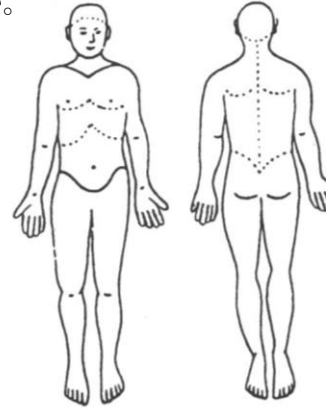
問 診 票

受診日 年 月 日

| | | | | | | |
|----|----------|-----|------|------------|-----|-----|
| 氏名 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 生 | 年 齢 | 体 重 |
| | | | | | 歳 | k g |
| 住所 | 〒 _____ | | | | | |
| | 自宅番号 () | | | 携帯 () | | |

下記□に✓、○を付けてください。「あり」の場合は () 内にご記入ください。

1. マイナ保険証による診療情報取得 同意 不同意
2. 他院からの紹介状をお持ちですか。 あり なし
3. 現在、他の医療機関に通院していますか。 なし
あり (医療機関名、治療内容等 ())
4. 今回はどんなことで来院されましたか。(主要症状等)
(())
5. 上記症状はいつ頃からありますか。きっかけはありましたか。
昨日 2・3・4・5日前 1・2・3・4週間位前
1ヶ月前 その他 ()
6. 今までかかったことのある疾患、または現在治療中の疾患がありますか。 あり なし
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性腎臓病 悪性腫瘍 ()
脳梗塞 その他 ()
7. 現在、処方されている薬はありますか。 あり なし
(薬剤名、用量、投薬期間等 ())
8. 過去1年間で特定健診の受診はありますか。 あり なし
指摘事項等 ()
9. 薬のアレルギー、またアレルギー体質があればお書き下さい。 あり なし
薬 (抗生物質、かぜ薬、解熱・鎮痛薬、局所麻酔薬、造影剤、その他 ())
食物 () 花粉症 () ハウスダスト
動物 () その他 ()
10. 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性の方のみ) あり (妊娠中 週・授乳中) なし
11. その他、知らせておきたいことはありますか。
12. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。
以前より診察を受けている
医療機関よりの紹介
評判を聞いて (友人・知人の紹介)
広告を見て (タウンページ・インターネット・看板・その他 ())
自宅・職場より近いので
その他 ()



痛い箇所○をお付けください

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

診療前問診票

この問診票は先生の診察を受ける前に記入していただき、現在の状況をより正しく判断する為の材料となるものです。なるべく正確にお答えください。よろしくお願い致します。

記入年月日 年 月 日

お名前 _____

性別 1、男 2、女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

年齢 歳

●睡眠について

1、一日の睡眠時間はおよそ何時間ですか？ () 時間

2、眠りやすい姿勢はどれですか？

ア、仰向け イ、うつぶせ ウ、横向き エ、その他 ()

3、朝目覚めた時、疲れを感じたり頭痛がしたり、気分のすぐれない事がありますか？

ア、よくある イ、しばしばある ウ、たまにある エ、ない

4、寝付きはじめに、足がむずむずする事がありますか？

ア、はい イ、いいえ

5、夜間または朝方に胸やけがする事がありますか？

ア、よくある イ、しばしばある ウ、たまにある エ、ない

●いびきについて

1、いびきをよくかきますか？あるいは家族などからいびきをかくと言われますか？

ア、はい イ、いいえ

_____ はいと答えた方は以下の質問にお答えください _____

・いびきが大きいと言われた事がありますか？

ア、はい イ、いいえ

・どの位の頻度でいびきをかきますか？

ア、毎晩 イ、時々 ウ、お酒を飲んだ時

・睡眠中に呼吸が止まる、あるいは突然息が詰まったようにいびきが途切れる事があると
言われた事がありますか？

ア、はい イ、いいえ

●眠気について（4段階で当てはまるのに○を付けてください。）

0：眠くならない 1：たまに眠ってしまう

2：眠ってしまう事が多い 3：ほぼ確実に眠ってしまう

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| ・座っているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・テレビを見ている時 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・公の場所で座って何もしない時 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・一時間続けて車に乗せてもらっているとき | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・午後ずっと横になっていてもいい時 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・座って誰かと話をしている時 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・昼食後静かに座っている時 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ・車中で交通渋滞で2～3分止まっている時 | 0 | 1 | 2 | 3 |

●生活習慣について

1、お酒はどれくらい飲みますか？

ア、飲まない イ、飲む（ ）日／週、どの位の量（ ）合／回

2、タバコは吸いますか？

ア、吸わない イ、吸う（ ）本／日

3、車の運転について

ア、しない イ、する

＝ 運転する方にお尋ねします ＝

・今までに交通事故、又はニアミスを起こした事がありますか？

ア、ない イ、ある（ ）回

4、睡眠薬を服用しますか？

ア、服用しない イ、時々服用する ウ、毎晩服用する

＝ 服用されている方で薬剤名が分かる方はお書きください ＝

()

5、夜間トイレに何回くらい行きますか？

() 回

6、運動はしていますか？

ア、特別していない イ、している（ ）日／週

●現在の健康状態について

1、現在患っている病気はありますか？当てはまるのに○を付けてください。

ア、高血圧 イ、糖尿病 ウ、心臓病 エ、動脈硬化 オ、脳血管障害
カ、高脂血症 キ、神経疾患 ク、頭痛 ケ、不眠症 コ、扁桃腺肥大
サ、鼻の疾患（ ）
シ、その他（ ）

●体型について

1、身長、体重、首周りをお答えください。

身長（ ）cm

体重（ ）kg

首周り（ ）cm

2、あごが小さいと言われた事がありますか？

ア、はい イ、いいえ