

# 問 診 票

患者様氏名	フリガナ	ご職業	

●身長・体重について 現在の身長 cm 体重 kg

●飲酒状況について 飲まない 飲む(量: 頻度: )  
止めた(飲酒歴: \_\_\_歳~\_\_\_歳)

●喫煙状況について 吸わない 吸う(喫煙歴: \_\_\_歳~ 1日の本数: )  
止めた(喫煙歴: \_\_\_歳~\_\_\_歳)

●薬(造影剤)や食べ物のアレルギーはありますか。  
いいえ はい(薬: 食べ物: その他: )

●今までに輸血や移植を受けたことがありますか。  
 輸血 いいえ はい(いつ頃: ) 不明  
 移植 いいえ はい(いつ頃: 部位: )

●今までにかかった病気はありますか。(該当するものに○をつけてください。)  
 心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈)/ 高血圧 / 糖尿病 / 脳疾患 / ぜんそく /  
 B型肝炎・C型肝炎 / その他(病名: )

●現在、内服中の薬はありますか。  
いいえ  
はい⇒おくすり手帳がある方はご提示いただき、こちらへの記入は不要です。  
 おくすり手帳が無い方は、分かる範囲でこちらにご記入ください。

●女性の方のみお答えください。  
 現在妊娠中もしくはその疑いがありますか。 いいえ はい  
 授乳中ですか。 いいえ はい

● 通院にかかる時間を教えてください。また、通院手段に○をつけてください。  
 約( )時間( )分  
 ( 飛行機 / 新幹線 / 電車 / 車 / 徒歩 )

●現在治療中の病院について 医療機関名( )  
 診療科( )  
 主治医名( 先生)

●主治医より、病気についてどのように説明を受けていますか。

●現在、気になる症状はありますか。  
 いつから どこが どのように

( ) ( ) ( ) ( )

●下記の治療を受けられたことはありますか。  
手術 抗がん剤 放射線治療 ホルモン療法 その他( )

●現在、抗がん剤治療をしていますか。

いいえ はい(薬剤名:

治療スケジュール:

)

●家族構成について教えてください。※同居者・パートナー含む

氏名	年齢	続柄	同居・別居	備考
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	

●緊急連絡先を教えてください。

(繋がらない場合に備え、複数の記入をお願いいたします。連絡する優先順位は記載順となります。)

お名前( )続柄( )連絡先( )

お名前( )続柄( )連絡先( )

お名前( )続柄( )連絡先( )

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。

保険診療の際は、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いたします。

《ご記入ありがとうございました。記載内容は、個人情報保護法に基づいて管理いたします。》