

診療申込書・問診票			ID			
			受診日	令和	年	月
ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
(自宅)電話番号	() -	(携帯)電話番号	()	-		
住所	〒 -					
本人以外の 緊急連絡先	名前	(続柄)	電話番号	()	-	
医療法人万風会の個人情報保護方針、目的を理解し同意しますか？				同意	・ 不同意	
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
				脈拍	回/分	
(以下当てはまる項目に✓をお付けください。)						
・今回受診された理由をお伺いします。						
<input type="checkbox"/> 以前よりかかりつけ <input type="checkbox"/> 症状があるので <input type="checkbox"/> 検査をうけるために 症状()いつ頃からですか() その症状は、ずっと持続していますか <input type="checkbox"/> 持続している <input type="checkbox"/> 今は、消失している <input type="checkbox"/> 一時収まるが、再び起きる (週に 回くらい)						
・今までに入院、手術をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名 病名						
・他の医療機関へ通院していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名 病名						
・今飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳またはお薬をお持ちの方は記入不要です。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ お薬名						
・心臓ペースメーカーや脊髄刺激装置を埋め込んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
・ご家族に60歳以下で突然死された方や心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
・薬で肝障害、薬疹をきたし、医師にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬剤名)						
・薬でアナフィラキシーを起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬剤名) (アナフィラキシーとは複数の臓器に強い症状が現れるアレルギー反応です)						
・アナフィラキシーを起こす食べ物がありますか？(そば、グルテン、甲殻類等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

裏面にもご記入ください

・造影剤でアナフィラキシーを起こしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
・その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> その他()			
・最近体重の変動がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・排便は規則的ですか？ <input type="checkbox"/> 便秘がある <input type="checkbox"/> 問題ない			
・排尿に問題がありますか？ <input type="checkbox"/> 夜間頻尿がある <input type="checkbox"/> 気になることがある <input type="checkbox"/> 問題ない			
・食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良			
・よく眠れますか？ <input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないので毎晩睡眠薬を飲んでいる			
・よく眠れません <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 眠れないので時々睡眠薬を飲んでいる			
・タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> いいえ			
（「はい」の方）		いつからですか	歳より
		1日何本くらいですか？	本/日
（「以前吸っていた」方）		いつ禁煙しましたか？	年前
		1日何本くらい喫煙していましたか？	本/日
・定期的にお酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> （週）回			
・一回量	缶ビール	缶	ml
	ワイン		ml
		日本酒	ml
		種類()	ml
・輸血をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・(女性の方へ)現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある			
・(女性の方へ)現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・(女性の方へ)月経について <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 閉経した			
最終月経		月	日
閉経		歳	

・当院を受診されたきっかけは何ですか？	
<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 職場が近く
<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 自宅が近く
<input type="checkbox"/> 看板をみて	<input type="checkbox"/> 担当医に受診を指示された

ご記入ありがとうございました。受付へご提出下さい。