

## 問 診 票 ( 保 険 診 療 初 診 )

|      |   |    |       |      |               |
|------|---|----|-------|------|---------------|
| フリガナ |   | 性別 | 男 ・ 女 | 電話番号 |               |
| 氏 名  |   | 年齢 |       | 携帯電話 |               |
|      | 様 |    | 才     | 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 |
| 住所   | 〒 |    |       | 身長   | cm            |
|      |   |    |       | 体重   |               |
|      |   |    |       | 身長   |               |

以下の質問に対して、該当する□に✓を記入してください。（答えられる範囲で結構です）

本日はどうされましたか？

|  |
|--|
|  |
|--|

その症状はいつ頃からですか？

|  |
|--|
|  |
|--|

現病歴（現在治療を受けている病気）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 高尿酸血症 骨粗しょう症 甲状腺疾患 不整脈 関節リウマチ  
膠原病（ ） 他（ ）

↳服用しているお薬を教えてください（お薬手帳がある方はご提示お願いします）

なし あり→（ ）

既往歴（これまでににかかったことのある病気や手術）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 胃・十二指腸潰瘍 肝炎 脳梗塞・脳出血 心筋梗塞 狭心症  
不整脈 肺炎 気管支喘息 肺結核 尿管結石 腎炎 膀胱炎 骨折 甲状腺疾患  
がん⇒部位（ ） 他（ ）

家族歴（わかる範囲でご家族が掛かれた病気）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 心疾患 不整脈 がん 結核 高尿酸血症 他（ ）  
↳父 母 兄 弟 姉 妹

自覚症状について

なし めまい 息切れ 動悸 むくみ 手足のしびれ 胃もたれ 倦怠感 他（ ）

業務歴について（以下に該当するような業務についたことはありますか）

なし 有機溶剤使用業務 原発関連業務 粉塵が著しく舞う環境での業務 他（ ）

薬をのんで具合が悪くなったことはありますか。 1.いいえ 2.はい⇒お薬名（ ）

薬以外（食べ物等）のアレルギーはありますか。 1.いいえ 2.はい⇒具体的に（ ）

現在、たばこを習慣的に吸っている。 1.はい 2.いいえ  
※現在習慣的に喫煙している方は、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月間も吸っている方）

20歳以上 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 1.毎日 2.時々 3.ほとんど飲まない（飲まない）

睡眠で休養が十分とれている。 1.はい 2.いいえ

最後に食事をしてから何時間経過してますか。 ②10時間以上 ③3時間半～10時間未満 ④3時間半未満

女性のみ 生理中ですか（女性のみお答えください） 1.はい 2.いいえ

女性のみ 妊娠中及び妊娠の可能性（女性のみお答えください） 1.あり 2.なし