

ID: \_\_\_\_\_

## 患者様情報

\* 患者様情報・問診票の情報につきましては、個人情報保護法に基づき管理します。

\* 当院では診察・その他に際し、患者様のお名前をお呼び致します。ご了承ください。

氏名 (カナ)

(漢字)

性別

男性

女性

生年月日

西暦

年

月

日

歳

現住所

〒

電話

(自宅)

(携帯)

E-mail

健康診断について

毎年実施している (結果持参 あり・なし)

近く受ける予定がある

全くない

当院は何でお知りになりましたか

雑誌

新聞

テレビ

産業医

ホームページ

知人

他の医療機関からの紹介

その他

# 呼吸器・問診票

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 当院を**受診される理由**は、どのような**症状**からですか

- 咳                    痰                    鼻汁                    のどの痛み                    発熱  
息苦しさ                    胸の痛み                    関節の痛み                    その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 症状は**いつ頃**からですか

( \_\_\_\_\_ )

3. 今まで**大きな病気・手術**をしたことがありますか                    はい                    いいえ

「はい」と答えた方は、病名等を詳しく記入してください

( \_\_\_\_\_ )

4. **現在治療を受けている病気**はありますか                    はい                    いいえ

- 高血圧                    糖尿病                    高脂血症                    心疾患・不整脈                    脳血管疾患  
高尿酸血症                    うつ病                    その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. **アレルギーをお持ち**ですか                    はい                    いいえ

- 喘息                    花粉症                    アレルギー性鼻炎                    アトピー性皮膚炎                    じんましん  
薬剤 ( \_\_\_\_\_ )                    食べ物 ( \_\_\_\_\_ )                    皮膚 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. **今飲んでいる薬**はありますか                    はい                    いいえ

「はい」の方、以下の空欄にご記入いただくか、お薬手帳をお持ちの方は、受付へお渡してください。

現在出ている症状に対して、**他院での処方薬**又は**市販薬の服用がある場合**、その**薬剤名**をお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )

7. **喫煙の習慣**はありますか

- 喫煙している→ ( \_\_\_\_\_ ) 本/日 × ( \_\_\_\_\_ ) 年                    喫煙したことがない  
以前は喫煙していたが、禁煙した

\* **女性の方のみ**、お答えをお願いします \*

最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

妊娠中                    妊娠の可能性がある

授乳中 <お子さんの年齢: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月>

体温: \_\_\_\_\_ °C                    SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                    脈拍: \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm