

問診票

記載日：平成 年 月 日

フリガナ

氏名

職業：

生年月日：T・S・H 年 月 日 年齢： 才 性別：男・女

現住所：〒 -

連絡先：自宅 - - 、携帯 - - 、

Fax. - - 、E-mail： @

勤務先住所：〒 -

電話番号 - - 、

勤務先名および部署

家族構成：配偶者 無・有、子供 無・有 ( 人)

現在一緒に住まわれている家族：

緊急連絡先：氏名

続柄：

住所：〒 -

電話番号 - - (自宅・携帯)

E-mail @

紹介先または主に治療を行っている医療施設：

住所：〒 -

電話番号： - -

施設名

診療科

科、

科

担当医氏名

先生

先生

その他かかりつけ医：

住所：〒 -

電話番号： - -

施設名

診療科

科

担当医氏名

先生

診断名：

ステージ：

治療暦：手術（時期、手術法 )

放射線（時期、期間 )

化学療法（時期、種類 )

代替医療（時期、種類 )

1年以内に受けた検査：無・有

データ持参：否・可（CT・MRI・X-ray・病理診断・血液・エコー・その他（ ））

現疾患に伴うと思われる症状：無・有（痛みの程度と部位（別紙記入）・痺れ・腫脹・しこりの触知・呼吸苦・その他；（ ））

これまでの治療暦、検査暦（別紙）

その他の現病歴：高血圧症・高脂血症・糖尿病・不整脈・狭心症・骨粗鬆症・

その他（ ）

既往歴：心疾患；狭心症・心筋梗塞・弁膜症・その他（ ）、大動脈疾患

脳神経系疾患；脳梗塞・脳卒中・てんかん発作・痙攣、その他（ ）

その他の疾患；（ ）

手術歴；

感染症：有・無（最終の検査日； ）

現在の内服内容（薬手帳がある場合持参）：

サプリメント：

血液型：ABO式； 型、Rh； +・-

アレルギー歴（薬剤、食物、etc.）

飲酒：種類； 量； ml/day

喫煙歴：無・有（ 本/日 x 年）、

止めた場合（止めて 年・ ヶ月、それまで 本/日 x 年）

女性の患者様のみお答えください。

現在妊娠中ですか？

はい（約 週）・いいえ・不明

生活習慣等

食欲：旺盛・普通・減退傾向・ない

便通：快便・便秘・軟便・下痢気味（頻度； 回/日）

体重の増減：半年以内に±3kgの変化；無・有（ kg/年の増・減）

運動：無・有；内容（ ）頻度（ 回/日・週・月）

生活：規則的・不規則

睡眠：快眠・不眠傾向（寝つきが悪い・寝た気がしない・寝起きが辛い・眠りが浅い）

睡眠時間； 時間/日

気質：社交的・内向的・楽観的・悲観的・意志が強い・柔軟性がある・怒りっぽい・頑固

体質：冷え性・暑がり・のぼせやすい・汗かき

その他気になる症状や伝えておきたいこと：

適応検査の受診日当日希望の無・有（時間の関係でできないことあり）

記入時の（腋窩）体温： ℃

身長： cm、体重： kg、腹囲（臍周囲）： cm

受診に当たっての相談および質問等あればお書きください。

最後に、アンケートですが、当院を何でお知りになりましたか。複数回答の場合、主となったものも理由も分かるように記述ください。

- 1.主治医・医療機関等の紹介
- 2.インターネット
- 3.知人の紹介（ ）
- 4.新聞・チラシ等の広告
- 5.テレビ等のメディア
- 4.職員の家族・知人
- 5.セミナー
- 6.その他（ ）

これまで受けられた検査結果で、手元にあるものや主治医から取り寄せられるのものがあれば、初診時にお持ちください。また、こちらが必要と思う検査結果で手元にない場合は別紙の検査歴より指示させて頂き、可能であればお取り寄せをご依頼させていただきます。

〒106-0032 東京都港区六本木 3-1-1

六本木 T-Cube 2階

Tel; 03-3584-1132

Fax; 03-3584-1136

<http://roppongi-hat.com>

六本木 HAT クリニック