

# 問診用紙

当院の定められた利用目的の範囲内で利用いたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 職業 \_\_\_\_\_

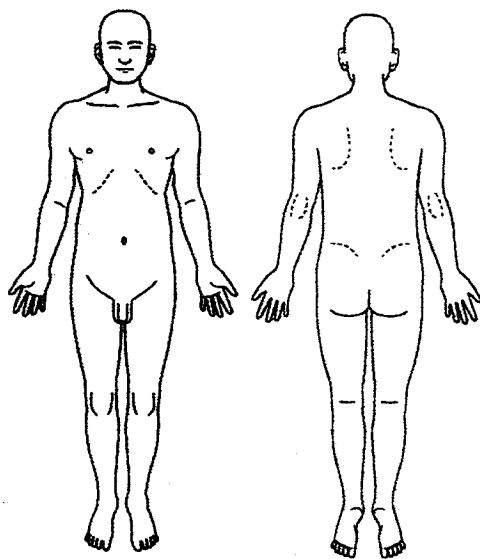
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 当院を何でお知りになりましたか？

パンフレット／知人紹介／マスコミ新聞／看板／インターネット／  
病院・医院（ \_\_\_\_\_ ）

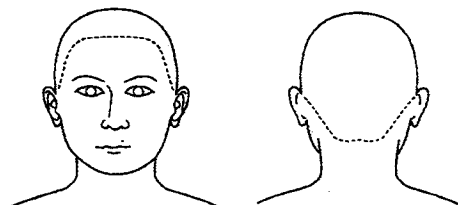
2. どこが悪いのですか？

（右の図で示してください）



3. いつから始まりどのような状態ですか？

4. 現在の痛みで当てはまるものに○をつけてください。  
ずきんずきんする／刺すような／締め付けられるような／  
焼けるような／割れるような／ピーンとはしるような  
うずくような／押すと痛い／重い感じ／しびれたような  
麻痺したような／その他（ \_\_\_\_\_ ）



5. 次の線は痛みの程度をお尋ねするものです。

左の端を「痛みなし」、右の端を「最も激しい痛み」としたときに、あなたの痛みの程度  
はどのあたりでしょうか？

線の上でこのあたりと思われるところに×印をつけて下さい。



痛みなし

これまでに経験した最も激しい痛み

6. 現在、この病気でほかの病院に通院している方に

病院名

診療科

いつから

診断名

7. 現在服用中の薬の名称（お薬手帳をお持ちの方は提示してください）

8. 血が固まりにくくなるような薬を飲んでいますか？

以下の中で飲んでいる薬にチェックをしてください。

バイアスピリン

プラビックス

ワーファリン

その他（ ）

9. 飲み薬、注射などで副作用がありましたか？

ない ・ あり（薬の名前

どんな症状か？ ）

10. 今までにかかった病気に必ず○をつけて、発病年を書いてください。

外傷・交通事故

年

高血圧

年

糖尿病

年

喘息・アレルギー

年

精神・神経疾患

年

眼科・耳鼻科・歯科疾患

年

心臓血管疾患

年

脳・血管疾患

年

その他の病気・手術 ない・あり / 年

（病気の名前 ）

11. 家族の状況についてお聞かせください。

父 （ 歳） 健康・病気・死亡（病名：

）

母 （ 歳） 健康・病気・死亡（病名：

）

配偶者（ 歳） 健康・病気・死亡（病名：

）

兄弟の数（ ）人 子供の数（ ）人

同居家族（ ）

12. 緊急時のご連絡先

お名前

ご関係

電話番号