

# 問 診 票

年 月 日 記入者：本人・続柄（ ）

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別：男・女

1. 本日の受診理由（困っている症状、状況）はどのようなものですか。

それはいつ頃からですか？（ ）年（ ）月頃 もしくは（ ）歳頃

2. 受診のきっかけはどのようなことですか？

自分から 家族のすすめ 知人のすすめ 医療機関のすすめ その他（ ）

・紹介状はありますか？

なし あり

3. これまでかかれた病気、入院歴、手術歴について精神科以外も全て記載してください。

病名	いつ頃	入院の有無	手術の有無	医療機関名	現在
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了

・これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

なし あり( 年前)

・手術などにより体に以下のものはありますか？

- 心臓ペースメーカー
- 脳動脈瘤クリップ
- 人工内耳
- ステントやコイル
- 人工心臓弁
- シャントや人工血管
- 人工骨、人工関節
- 外傷による金属片(弾丸や釘など)
- その他体内に金属、人工物があれば記入ください  
( )

・本日、以下のものを身につけていますか？

- 補聴器
- 義眼
- 義足、義手
- 義歯(入れ歯)
- 歯列矯正器具
- コルセット、サポーター
- 湿布、カイロ
- ヘアピン、アクセサリ、かつら
- いれずみ
- カラーコンタクトレンズ

4. 現在、のんでいるお薬はありますか？

なし あり → おくすり手帳を、持っていない 持っている→受付に提出をお願いします。

5. お薬、食物によるアレルギーや副作用歴はありますか？

なし あり → (薬、食べ物： ) (症状： )  
(薬、食べ物： ) (症状： )

6. 現在妊娠していらっしゃいますか？

いいえ はい わからない

→裏面に続きます

7. ご家族について

①ご両親

- ・父 ( ) 歳 亡くなられている場合→ ( ) 歳時 ( ) 【例：心筋梗塞】
- ・母 ( ) 歳 亡くなられている場合→ ( ) 歳時 ( )

②兄弟姉妹

いない いる→男 ( ) 人、女 ( ) 人の上から ( ) 番目

③ご自身の結婚

未婚 既婚 ( ) 歳時 離婚 ( ) 歳時 死別 ( ) 歳時 別居 内縁

④子ども

いない いる→ ( ) 【例：男13歳、女5歳】

⑤現在同居している方

いない いる→ ( ) 【例：父、母、兄】

8. 教育・職業歴について

①最終学歴と成績

・ ( ) 学校  卒業 在学中 ( ) 年 中退 ( ) 年時

・成績

上 中 下

②職歴

なし あり

職歴の記入をお願いします。

( ) 年～( ) 年 職業 ( )

( ) 年～( ) 年 職業 ( )

( ) 年～( ) 年 職業 ( )

9. アルコール、たばこについて

①アルコール

飲まない 機会があれば飲む 毎日飲む→ ( ) 歳から、(酒類 ) を1日 ( ml)

②たばこ

吸わない 禁煙した→ ( ) 歳から禁煙) 吸う→ ( ) 歳から、1日( ) 本くらい

10. 社会福祉サービスについて

①介護保険サービスについて

未申請 申請中 認定済

要支援 1 2 要介護度 1 2 3 4 5

居宅 ( ) ケアマネジャー ( )

利用中のサービス ( )

②障害者福祉サービスについて

未申請 申請中 認定済

支援区分 1 2 3 4 5

相談支援事業所 ( ) 相談支援専門員 ( )

利用中のサービス ( )

11. 以下のワクチンを接種したことはありますか？また最後に接種したのはいつですか？

インフルエンザ ( ) 年 ( ) 月 コロナ ( ) 年 ( ) 月 肺炎球菌 ( ) 年 ( ) 月 接種歴無し

ご記入おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。