

診察申込書

記載日 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名		男	歳	大正・昭和・平成 年 月 日
		女		
住所	〒	ご自宅の連絡先		
		携帯電話		

ご自宅以外で緊急時に御連絡のとれる方の連絡先があれば記載してください。

お名前		続柄		連絡先	
-----	--	----	--	-----	--

問診

当てはまるものに○を付けて下さい。

①来院のきっかけは何ですか？

症状がある	他の医療機関からの紹介	その他
家族や友人に勧められた	健診で受診を勧められた	

②どんな症状ですか？

胸が	痛い	息が苦しい	食欲不振		
	重い			息切れがする	吐き気・嘔気
	締め付けられている感じ			動悸(ドキドキ感じる)	体重増加【+ kg】
	押されている感じ			咳や痰が出る	むくみ【部位: 】
背中が	痛い	鼻水が出る	手足のしびれ・痛み		
脈が	早く感じる	発熱・悪寒【 °C】	その他		
	遅く感じる	めまい・ふらつき			
	止まった感じ	頭痛			

③症状はいつからありますか？または、いつ頃ありましたか？

日前	週間前	ヶ月前
----	-----	-----

④現在も症状はありますか？

ある	ない
----	----

【胸痛・背部痛とお答えになった方】

どのような痛みですか？

今までに無い痛み	冷や汗が出るくらい痛む	(狭心症・心筋梗塞の既往あり)以前の痛みと同じ
----------	-------------	-------------------------

どのようなときに痛みますか？

動いているとき	静かにしているとき	体をひねったとき	呼吸をしたとき
その部分を押したとき	その他		

他の医療機関の診察を受けている方はご記入ください	医療機関名		
	症状や病名		
以前かかった病気はありますか？	なし	あり	なんの病気にいつ頃なりましたか？
以前アナフィラキシーの症状が出たことはありますか？ (お薬・蜂毒・食べ物により意識がなくなる等の重度のアレルギー症状)	なし	あり	なにが原因でしたか？
以前手術を受けたことがありますか？	なし	あり	どんな手術をいつ頃受けましたか？
以前に輸血をしたことがありますか？	なし	あり	年 月 日

タバコは吸いますか？	吸ったことがない	今も吸っている	現在禁煙中 (歳から)
	禁煙中の方も、以前の本数を記載して下さい。		本/日 年間

酒類を飲みますか？	頻度	飲まない	ほぼ毎日	週に2、3回	月に2、3回
	1回に飲まれるお酒の種類と量	を くらい			

義歯または補聴器を使用していますか？	なし	義歯使用中	補聴器使用中
--------------------	----	-------	--------

ご職業	会社員	自営業	主婦	学生	その他
	お仕事内容	デスクワークや軽い荷物を扱うのみ			重い荷物等を扱う
		夜勤勤務などある方は出来るだけ詳しく記載して下さい。			

御家族についてお伺いします。(記載例:父が狭心症、母が糖尿病など)

特に直系家族で心疾患がある場合は必ず記入をお願いします。

御家族で病気にかかっている方(もしくは、かかっていた方)はいますか？	どなたが	何の病気
	どなたが	何の病気
病名の例	心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 大動脈瘤 ・ 心臓病 ・ 高血圧症 高脂血症(コレステロールが高い) ・ 糖尿病 ・ 高尿酸血症 ・ 気管支喘息 リウマチ熱 ・ 関節リウマチ ・ 脳卒中 ・ 脳梗塞 ・ くも膜下出血 ・ 癌疾患	

① 過去にアナフィラキシーの症状が出たことはありますか？

(お薬・蜂毒・食べ物により意識がなくなる等の重度のアレルギー症状)

(はい ・ いいえ)

「はい」の方 → 原因:

② 他の病院・医療機関に受診をして、処方されている薬はありますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」の方は情報(お薬手帳・紹介状など)をお持ちでしたら、ご提示ください。

お薬手帳は処方内容を確認した後に返却致します。

③ お薬手帳はお使いですか？

(はい ・ いいえ)

「いいえ」の方 → 処方が出た際、お薬手帳の作成を希望しますか？(はい ・ いいえ)

④ サプリメント、健康食品で使用しているものはありますか？

(はい ・ いいえ)

使用しているもの:

⑤ アレルギー、副作用歴についてお伺いします。

A.【薬・造影剤】にて、副作用やアレルギー症状を経験したことがありますか？

(はい ・ いいえ)

薬の名前と症状:

B.【アルコール(消毒綿)】で赤くなったり、かぶれたりしますか？

(はい ・ いいえ)

症状:

C.【食べ物】に関して、アレルギーはありますか？

(はい ・ いいえ)

食材と症状:

D.その他のアレルギーはありますか？【花粉症・金属など】

(はい ・ いいえ)

原因や症状:

⑥ 下記の疾病に対して現在治療中、もしくは過去に診断されている場合は教えてください。

A.喘息 (はい ・ いいえ)

「はい」の方 → 現在治療中ですか？(はい ・ いいえ)

B.緑内障 (はい ・ いいえ)

「はい」の方 → 緑内障の種類はわかりますか？(開放 ・ 閉塞 ・ 不明)

C.前立腺肥大 (はい ・ いいえ)

「はい」の方 → 現在治療中ですか？(はい ・ いいえ)

⑦ 現在、妊娠または授乳中ですか？ ※妊娠の可能性がある場合、「はい」に記入して下さい

(はい ・ いいえ)