

ID :

初診患者用 問診票

氏名 :

生年月日 :

記入日 年 月 日
身長 cm
体重 kg
血圧 / mmHg
脈拍 / 分 (整 ・ 不整)
体温 °C

<診察、治療に関連することについてお聞きします。>

1. 本日どのような経緯で受診されましたか？

☐ 他院から紹介された

(病名をどのように聞いていますか：)

☐ 紹介なしで、自分で来院した

(どのような病気と疑っていますか：)

2. 現在、症状はありますか。また、その症状はいつ頃からですか。 ☐ ある ☐ ない

症状 () いつ頃から ()

症状 () いつ頃から ()

3. 現在治療中の病気はありますか。

☐ ある (以下の病名に ☒ して下さい。) ☐ ない

☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 心疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 高血圧 ☐ 緑内障 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患

☐ 胃・十二指腸潰瘍 ☐ 高脂血症 ☐ 膠原病 ☐ がん ☐ 精神疾患

☐ その他 ()

4. 今までにかかったことのある病気はありますか。また、いつ頃ですか。

☐ ある ☐ ない

病名 () いつ頃 ()

病名 () いつ頃 ()

病名 () いつ頃 ()

5. 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか。

☐ ある (薬・サプリメント名：)

☐ お薬手帳持参あり ☐ お薬手帳持参なし

☐ ない

6. 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか。

薬剤： ☐ ある () ☐ ない

食品： ☐ ある () ☐ ない

その他： ☐ ある (☐ 花粉症 ☐ ゴム製品 ☐ 金属製品 他)

7. 病気や治療についてどのように説明を受けたいですか。

・診断名 (☐ 知りたい ☐ 知りたくない)

・がんかどうかについて (☐ 知りたい ☐ 知りたくない)

・現在の状況 (☐ 知りたい ☐ 知りたくない) ・治療の見通し (☐ 知りたい ☐ 知りたくない)

8. 誰と一緒に説明を受けたいですか。(その方の氏名：) (その方との関係：)

1. お仕事についてお聞きします。

2. ご結婚はしていますか。

3. お子さんはいますか。

4. アルコールは飲みますか。

5. たばこは吸いますか。

6. これまでに検診を受けたことはありますか。

7. 虫菌はありますか。 ☐ある（☐治療中、☐治療していない） ☐なし ☐わからない

8. コミュニケーションをする際に妨げになるものがありますか。

☐ある (☐視力 ☐発声 ☐聴力 ☐言葉 ☐その他) ☐ない

9. 信条、価値観、宗教などにより診察や治療で配慮してもらいたいことがありますか。

☐はい (具体的な配慮:) ☐いいえ

10. 社会的な要素（家族、介護、仕事、金銭面など）に心配はありますか。

☐はい（具体的な内容： ） ☐いいえ

11. その他、診察や治療を受けるにあたり気になることはありますか。

<女性の方のみお聞きします>

1. 月経について 初経（ ）才、 周期（ ）日、最終月経 月 日～ 月 日
閉経（ ）才 閉経理由：□自然に
□手術やその他の理由（ ）
2. 妊娠について
現在妊娠していますか。 □はい □いいえ □わからない
妊娠回数（ ）回 初産年齢（ ）才
分娩回数（ ）回（満 22 週以降のお産）
分娩方法（□経膈分娩 □無痛分娩 □計画分娩 □吸引分娩 □鉗子分娩 □帝王切開： 回）
□流産 （ ）回 □中絶（ ）回
授乳歴 □あり □なし □授乳中
3. 今までに婦人科や乳腺の病気をしましたか。
□はい（婦人科：子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がん ）
（乳腺：□右、□左 乳腺炎、乳腺症、良性のしこり、膿瘍 ）
□いいえ
4. 更年期障害でホルモン補充療法を受けたことがありますか。
□現在も受けている（薬剤名： ） いつ頃 年 月 日～ 年 月 日
□過去に受けた （薬剤名： ） いつ頃 年 月 日～ 年 月 日
□いいえ

<ご家族についてお聞きします>

1. ご家族は何人ですか。
ご家族（ ）人 □同居している人(続柄)（ ）
□別居している人(続柄)（ ）
2. 血縁のご家族で以下の診断や治療を受けた方はいますか。
□はい （以下に☑して下さい） □いいえ
□糖尿病（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□高血圧（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□心疾患（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□脳卒中（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□子宮体がん（□祖母 □母 □姉 □妹 □子 □叔母 ）
□卵巣癌（□祖母 □母 □姉 □妹 □子 □叔母 ）
□乳がん（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□大腸がん（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
□その他（種類： ）
（□祖父 □祖母 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □子 □叔父 □叔母）
*特定の病気や血縁内で同じがんの方が多い場合は、遺伝カウンセラーや看護師がお話を伺わせて頂きます。

<以下の相談窓口を設けております。ご相談を希望されるものに☑をいれて下さい。 >

- ☐ 相談支援センター（経済面、地域、学校、介護などの問題について）
- ☐ デバイス（ペースメーカーや埋め込み型除細動器などの機器）看護師への相談
*（ペースメーカーや埋め込み型除細動器をお持ちの方のみ）
- ☐ 糖尿病合併症による足病変のケアや療養生活について
- ☐ 専門、認定看護師によるがん看護専門外来（がんの病状や治療についての心配、
がん治療中の生活支援方法などについて）
- ☐ がん患者サロン（ミニレクチャーとおしゃべり会）
- ☐ がんピアサポート（がん経験者どうしの相談会）
- ☐ がんの親をもつ子供のサポートケア
- ☐ リンパ浮腫外来（がんの手術後でリンパ浮腫がある方のみ）
- ☐ 美容ケア（メイク、脱毛ケア、爪のケア、ハンドマッサージなど）の相談
- ☐ がん生殖相談外来（今後、子供を希望する方）

<1ヶ月以内の体調についてお聞きします>

1. 発熱、せき、くしゃみなどの症状がありますか。
☐ はい（症状： いつ頃： ） ☐ いいえ
2. 同居者にインフルエンザや下痢、嘔吐などウイルスの病気と診断された方はいますか。
☐ はい（誰： いつ頃： ） ☐ いいえ
3. 食事の量に変化はありましたか。
☐ はい（具体的に： いつ頃： ） ☐ いいえ
4. 体重の変化はありましたか。
☐ はい（増えた： kg 減った： kg ） ☐ いいえ
5. 食事の時に飲みこみづらさやむせこみがありますか。
☐ はい（☐ 飲みこみづらい ☐ むせる ☐ その他 ） ☐ いいえ
6. 転びやすいと感じたことはありましたか。
☐ はい（具体的に： いつ頃： ） ☐ いいえ
7. 手足、体のしびれはありますか。
☐ はい（部位： いつ頃： ） ☐ いいえ
8. 体の中で痛いところがありますか。
☐ はい（部位： いつ頃： ） ☐ いいえ
9. 気持ちの不安やつらさがありますか。
☐ はい（具体的に： いつ頃： ） ☐ いいえ

記入が済みましたら、この用紙を事務員にお渡し下さい。ご協力ありがとうございました。