

ID :

初診患者用 問診表

氏名 :

記入日 年 月 日
身長 cm
体重 kg
生年月日 : 血压 / 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

(どのような病気を疑っていますか：)

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：)

<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の場合は、遺伝カウンセラーや看護師がお話をうかがいます。

