

草津かわはらクリニック 問診票

フリガナ
氏名

<input type="checkbox"/>	特定医療費（指定難病等） の受給者証をお持ちの方は <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。
--------------------------	--

年齢 _____ 歳 性別 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 自宅： _____

携帯： _____

緊急連絡先： _____ (続柄) _____

■ 今回来院された主な症状・理由は何でしょうか？

※ 発熱や、咳、咽頭痛、下痢などの症状で感染症が疑われる場合や感染症の検査を希望されての受診を希望される場合は、発熱外来（感染症外来）にご予約いただくか、当院まで事前にご電話いただくようお願いします。

■ 最近の症状について (*については必須です)

体温* _____ 度 (直近3日以内の最高を記入してください)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

家庭血圧 (上/下) _____ / _____ mmHg

(該当するものをすべて○で囲ってください)

全身	だるい・食欲がない・体重が減る・寝汗をかく・熱が4日以上続く
頭	頭痛(痛む場所_____）・めまい・けいれん・意識を失う
目・耳・鼻・口	目や口が乾く・耳鳴り・鼻水がとまらない・鼻血がよくでる・ 口内炎・歯ぐきから血がよくでる・最近味覚が変わった
頸部	しこりがある・痛みがある・首が腫れている
胸部(心臓, 肺など)	胸の痛み・動悸・息切れ・咳・痰(色: 白・黄色・緑・血痰)
腹部 (胃腸, 肝臓など)	腹痛(痛む場所: みぞおち・へその右・周辺・左・下)・ 胸やけ・便が黒い・便が赤い(血便)・便に血が付く・痔・便秘・ 吐き気・嘔吐(1日____回)・下痢(1日____回)
尿	排尿時の痛み・血尿・排尿困難・頻尿(1日____回、夜____回)
手・足・腰	手足がむくむ・指先が冷える/白くなる・手がこわばる・手足が しびれる・力が入らない・筋肉痛・腰痛・関節痛(場所: 首・肩・ 肘・手・膝・足・手の指・足の指・その他_____)
皮膚	湿疹・じんましん・かゆみ・青あざがよくできる
神経・精神	不眠・不安・うつ
その他(自由に記入してください)	

■ 既往歴（治療中/後の病気に☑をいれて罹った年を記入してください。例：☑ 高血圧 2018~）

悪性腫瘍・がん	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 肝臓がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 婦人科系（子宮・卵巣）のがん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 血液のがん（白血病・リンパ腫など） <input type="checkbox"/> その他(_____)
生活習慣病	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症)
脳疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他(_____)
心臓・血管疾患	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> その他(_____)
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
消化器疾患	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 膵炎 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
腎尿路系疾患	<input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
血液疾患	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少症 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他(_____)
筋・骨格(整形外科)	<input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 骨折（部位：_____） <input type="checkbox"/> その他(_____)
眼科・耳鼻科	<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギー・リウマチ	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> リウマチ/膠原病(_____) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症(アレルギー性鼻炎・結膜炎) <input type="checkbox"/> その他(_____)
感染症	<input type="checkbox"/> コロナ感染症 <input type="checkbox"/> 他の肺炎 <input type="checkbox"/> 腎盂腎炎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
その他（自由に記入してください）	

■ 手術歴（上記の治療で手術された場合に記入してください。例：虫垂炎 2010）

なし あり → _____

■ 現在服用しているお薬について（ビタミン剤、漢方薬、鎮痛薬、サプリメントなども含む）

服用あり → お薬手帳を見せてください。お持ちでなければいかに記載してください

服用なし

■ ワクチン接種

コロナワクチン（_____回接種、最後の接種日_____年____月____日）

インフルエンザワクチン（最後の接種日_____年____月____日）

その他（ワクチンの名前：接種日_____年____月____日）

■ 家族歴（血縁のあるご家族が罹られた病気と続柄を教えてください。記入例；胃がん 父）

■ 健診受診歴（受けたことがある検査に☑をいれて、最後に受けた年を記入してください）

胃カメラ（_____年） 大腸カメラ（_____年） 便潜血（_____年）

子宮がん検診（_____年） 乳がん検診（_____年） CT検査（_____年）

その他の健診での異常（異常の名前_____；_____年）

■ 生活・習慣（該当する☑すべてに☑をいれて、_____に記入してください）

お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 1日に_____合（週_____日） （1合の目安：ビール500mL、ワイン1/4本、日本酒180mL、焼酎100mL、ウイスキー50mL）
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（1日_____本×_____年間、_____年前に禁煙） <input type="checkbox"/> 今も吸っている（1日_____本×_____年間）
薬・造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名：_____）