

《五日町病院 外来問診票》

診察に役立てるために以下の項目にお答えください。

よくわからない項目は空欄のままでけっこうです。

1. お名前() 生年月日(T・S・H 年 月 日)()歳

2. 今日の受診はどなたの意向によるものですか。

・自分から ・家族のすすめ ・友人知人のすすめ ・その他()

3. 本日相談したいことはなんですか。どんなことで困っていますか。

()

4. それはいつ頃からですか。

()年()月頃から または()歳頃から

5. その後、現在までの間に症状や困っていることは変化しましたか。

・よくなった ・悪くなった ・変化なし ・よくなったり悪くなったり

6. 仕事、学校には行っていますか。

・毎日行っている ・よく休む ・今は休んでいる

・その他()

7. 困っている症状のために、これまで医療機関を受診しましたか。

・はい ⇒ 医療機関名()いつ()

・いいえ

8. 今までに、または現在、以下の病気にかかったことがあれば○をつけてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症(高コレステロール等) ・心臓の病気(不整脈等)

・緑内障 ・甲状腺の病気

その他の病気、けが、手術があれば記入してください。

()

次ページもあります

9. 現在、何かのお薬を飲んでいますか。

・はい ⇒ 病名() ・いいえ

・お薬手帳はありますか？ ・有り ・無し

10. 現在の状態について、あてはまるものに○をつけてください。

・眠れない(寝つきが悪い、早く目覚める、途中で起きる、眠りが浅い)

・眠りすぎる ・昼夜逆転している ・睡眠時間が短いが平気

・食欲がわからない ・集中力がなない ・憂うつだ ・だるい ・人に会いたくない

・悲しい ・涙が出る ・死にたい気持ちがある

・イライラする ・落ち着かない ・自傷行為(リストカットなど)

・不安 ・胸がドキドキする ・息苦しくなる ・汗が出る ・焦りやすい

・怒りっぽい ・人に怒鳴ってしまう ・妙に元気である

・周りの人が自分の悪口を言っている ・見張られている ・幻聴(ムダ耳)

・食欲低下 ・食べ過ぎる ・味がしない ・吐き気、胃のむかむか ・嘔吐

・便秘 ・下痢 ・肩こり ・頭痛 ・手足の冷え、寒がり ・のぼせ ・めまい

・物忘れ ・意識がなくなる時がある ・奇妙な行動をする時がある

・手がふるえる ・ひきつけ、ケイレン ・音に敏感だ ・光に敏感、まぶしい

11. 家族の中で、病気で治療中の方がいますか。

(例:父が高血圧、母が糖尿病 など)

12. 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状(湿疹など)が出たことがありますか。

・はい ⇒ 何に?() ・いいえ

13. 嗜好品について

・酒 ⇒ 種類()1日量() ・タバコ ⇒ 1日()本

・その他()

14. 身長()cm 体重()kg ⇒ 最近 増えた/減った

15. 女性の方への質問です。

・初経()歳頃 ・周期 順調/不順 ・生理痛 あり/なし

・閉経()歳頃 ・最終月経()年()月頃

・現在、妊娠の可能性 あり/なし

生理の前の時期に気分の変調がありますか あり/なし

以上、ご記入ありがとうございました。