

# 御茶ノ水聖橋クリニック 検査用問診表 (1)

フリガナ

性別 (男・女)

氏名

生年月日 (大・昭・平)

年

月

日

住所 〒

TEL 自宅:

携帯:

血液型 AOB型 (A・B・O・AB)

RH型 (+・-)

あてはまる項目を○囲み、あてはまる病名や数字等を ( ) に記入してください。

◎現在何か症状はありますか?

ある・ない

→あるという方のみ

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. 咳が出る            | 2. たんがでる         |
| 3. 微熱が続く           | 4. 胸が痛む          |
| 5. 背中が痛む           | 6. 息切れがする        |
| 7. 動悸がする           | 8. 脈が乱れる         |
| 9. 心臓の圧迫感がある       | 10. 耳鳴りがする       |
| 11. 頭痛がする          | 12. 食欲がない        |
| 13. 食物が喉につかえる      | 14. 食物が胸につかえる    |
| 15. 胸やけがする         | 16. 吐き気がする       |
| 17. 空腹時胃が痛む        | 18. 食後胃が痛む       |
| 19. 空腹感が強い         | 20. 便に血がまじる      |
| 21. 黒い便が出る         | 22. 体がだるい        |
| 23. 皮膚や目が黄色い       | 24. 手足や顔がむくむ     |
| 25. 排尿時痛む          | 26. 尿の回数が多い      |
| 27. 残尿感がある         | 28. 喉が渴く         |
| 29. 顔色が悪い          | 30. 目がかすむ        |
| 31. めまいがする         | 32. 疲れやすい        |
| 33. 関節が痛い          | 34. 関節のはれ、変形している |
| 35. アレルギーがある or ない |                  |

→あるという方のみ、どのようなアレルギーですか?

( )

36. その他

( )

37. 女性のみ 最終月経 ( 月 日 )

2枚目に続く→

## 御茶ノ水聖橋クリニック 検査用問診表 (2)

- ①現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ 病名：
- ②薬を飲んでいますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ 種類：
- ③通院はしていますか？ はい・いいえ
- ④食事療法をしていますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ 1日の cal： cal
- ⑤運動はしていますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ 種類： (毎日 or 週 or 月 回)
- ⑥お酒は飲みますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ a. 毎日 (毎日近く) 飲む (1日ビール 本、日本酒 合  
その他 杯)  
b. たまに飲む (月 回)
- ⑦タバコは吸いますか？ はい・いいえ  
→はいの方のみ a. 吸う (1日 本、 歳から)  
b. 以前吸っていた (1日 本、 前より禁煙中)
- ⑧食事時間はどうですか？ 規則正しい・不規則  
\*食事で注意していることがありますか？ はい・いいえ  
はいの方のみ→内容：
- ⑨睡眠時間はどうですか？ 規則正しい・不規則  
\*睡眠時間： 時間 (1日)
- ⑩血縁者に病気の方はいますか？ はい・いいえ  
a. 気管支喘息 b. 結核 c. 高血圧 d. 脳出血・脳梗塞  
e. 心臓病 f. 糖尿病・肝臓病・腎臓病  
g. 癌 (胃・肝臓・肺・その他 )  
h. その他
- ⑪特にお聞きになりたいことがありましたらお書きください。