

問診票 (下記のアンケートにお答えください。) ID: _____ 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) (未婚・ 既婚)

住所: 〒 _____

TEL (_____) 携帯 (_____)

職業: 有 (_____)・無: 学生 主婦

同居者: 有 (_____)・一人暮らし

(1) ブックスクリニックを何でお知りになりましたか。

- インターネット (パソコン・携帯・スマホ) (検索キーワード: _____)
- メディア・テレビ・本 (_____) 紹介 (知人・病院) (_____)
- 講演会・セミナー (_____) その他 (_____)

(2) どの様な目的で来院されましたか。(複数回答可)

- 減量 脳疲労解消 睡眠障害 心療内科 過敏性腸症候群
- 内科的治療 (血圧・脂質・血糖・(_____)) その他 (_____)

(3) 現在何か気になることや、自覚症状がありますか？

(いつ頃から、どんな症状があるのか書いてください)

(4) 既往歴: 今までに病気や怪我で手術や入院・治療を受けたことがありますか？

- ある ない

※ある、と答えた方は内容をお書き下さい。

_____ 年または _____ 才頃 (_____)

_____ 年または _____ 才頃 (_____)

* 輸血歴 (あり・ なし) _____

(5) 家族 (親・兄弟姉妹・配偶者・子供) の既往歴について

例 父: 高血圧 胃がん 母: 糖尿病 心筋梗塞

父: 既往なし・あり (_____)

母: 既往なし・あり (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(6) 現在、通院中の病院またはクリニックはありますか？

はい (病院名: _____)

いいえ

[裏面へ](#)

(7) 現在、何かお薬を飲んでいますか？ はい いいえ

薬の名前が分かればお書き下さい。(お薬手帳：有・無)

()

(8) 現在、健康食品やサプリメントを使用していればお書きください。(あり・なし)

()

(9) アレルギーについて

*薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？

はい ()

いいえ

*花粉症、アトピー性皮膚炎、喘息、じんましんなどのアレルギーの病気がありますか？

はい 何が？：花粉症・アトピー・喘息・じんましん ()

いいえ

(10) 睡眠について

*睡眠時間は？ () 時間 *寝つきはいいですか？ (良い・悪い)

*夜中目が覚めることがありますか？ 有 () 回・無

*いびき (有・無) *無呼吸 (有・無) *昼間の眠気 (有・無)

(11) 便秘について

正常便 便秘：() 日に1回 下痢：1日 () 回 便秘と下痢を繰り返す

(12) 嗜好品について

*タバコ 吸う () 本/日 喫煙歴 () 年 吸わない 止めた喫煙歴：() 年

*アルコール 毎日 週に数回 機会があったとき ほとんど飲まない

種類は？ () 1日の量は？ () ml () 合)

(※女性の方のみ答え下さい。)

生理について

順調 不規則 閉経 () 歳頃)

生理前になると精神的・身体的に調子が悪くなることがありますか？

いつも感じる 時々 ほとんど感じない

生理痛は？

ふつう 強い とても強い

ご記入ありがとうございました。

2024.01 改定