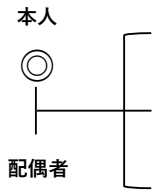
問　診　票

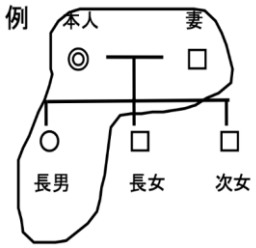
記入日：　　年　　月　　日
記入者：　本人　・　他（　　）

患者様	フリガナ			性　別
	氏　名			男　・　女
	生年月日	年　　月　　日		満　　歳
	住　所	〒		職　業
	連絡先	①	②	

緊急連絡先	フリガナ			職　業
	氏　名			
	住　所	〒		続　柄
	連絡先	①	②	

家族構成	**男性：○　女性：□**	**家族構成を記載してください。一緒に住んでいる方は囲ってください。** **また、下記の既往歴がある場合は、記載してください。** **高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、脳出血、心臓病 、がん（がんの種類）**





疾　患　名		診　断　日	年　　月　　日

○ 疾患について医療機関から受けた説明内容をご記入ください。

医療機関名：

○ 受けたことのある検査にチェックを入れてください。

□ PET－CT検査［　　年　　月］　□ CT検査［　　年　　月］　□ MRI検査［　　年　　月］
□ 上部内視鏡検査［　　年　　月］　□ 下部内視鏡検査［　　年　　月］
□ 超音波検査（部位：　　［　　年　　月］）　□ 遺伝子検査［　　年　　月］
□ その他の検査（　　［　　年　　月］）
□ 特に検査は受けていない

○ （がんの診断を受けた方のみ）診断後に受けた治療にチェックを入れてください。

□ 外科的手術［　　年　　月］　□ 化学療法［　　年　　月］　□ 放射線治療［　　年　　月］
□ 免疫治療［　　年　　月］　□ その他の治療（　　［　　年　　月］）
□ 特に治療は受けていない

○ （がんの診断を受けた方のみ）現在受けている治療にチェックを入れてください。

☐ 外科的手術［　　年　　月］　☐ 化学療法［　　年　　月］　☐ 放射線治療［　　年　　月］

☐ 免疫治療［　　年　　月］　☐ その他の治療（　　［　　年　　月］）

☐ 特に治療は受けていない

○ 現在ある症状をご記入ください。

○ 現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ はい（薬剤名：　　）

☐ いいえ

○ お薬はどのように管理していますか？

☐ 自分で管理し飲んでいる　☐ 自分以外の人（家族 ・ ヘルパー ・ その他）が管理し、自分で飲んでいる

☐ 全て介助で飲んでいる　☐ その他（　　）

○ 既往歴にチェックを入れてください。

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 高脂血症　☐ 脳梗塞　☐ 脳出血　☐ 心臓病　☐ その他（　　）

☐ がん（［　　年　　月］がんの種類：　　現在の状態：　　）

☐ 特に既往歴はない

○ 感染症の指摘を受けたことがありますか？

☐ B型肝炎　☐ C型肝炎　☐ HIV　☐ 梅毒　☐ その他（　　）

☐ ない

○ たばこは吸いますか？

☐ 吸う（　　本/日）　☐ 過去に吸っていた（　　年間　　本/日）

☐ 吸わない

○ お酒は飲みますか？

☐ 飲む（頻度：　毎日　・　週　・　月　に　　日　／　種類：　　／　量：　　ml）

☐ 飲まない

○ アレルギーはありますか？

☐ ある（薬剤：　　／　食品：　　／　その他：　　）

☐ ない

○ 治療に際して気がかりな点ににチェックを入れてください。

☐ 治療期間について　☐ 治療内容について　☐ 治療費について　☐ 検査内容について　☐ 家族のこと

☐ 仕事のこと　☐ 食事のこと　☐ その他（　　）

☐ 特に気がかりな点はない

○ 質問等がありましたらご記入ください。

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。　　東京月島クリニック