



【問診表】

記入日：令和 年 月 日

フリガナ	大・昭・平・令			年齢
氏名	男 ・ 女	生年月日		歳
住所	〒 一			
電話番号※1	()	携帯番号※1	()	
身長	cm	体重	kg	来院時体温 °C

◆当クリニックは、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

◆正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用(マイナ保険証の持参と同意)についてご協力ををお願いいたします。

◆同意により、現在の受診歴・処方内容・特定健診の状況の記載省略が可能です。

※1記入いただいた電話番号・携帯番号へ当院から必要に応じてご連絡させていただく場合があります。

※2週間以内にインフルエンザの診断歴のある方 [発症日] 月 日 [解熱日] 月 日

①本日来院された症状についてご記入ください。

耳 [右・左] (痛い・かゆい・その他：) ↓ ①～③も併せてご記入ください。

①聞こえにくい (有・無) ②耳なり (有 [右・左] ・ 無) ③耳閉感 (有・無)

鼻 (鼻水・つまり・痛み・色鼻水・その他)

のど (痛い・かすれ・いびき・その他：) **発熱**

めまい どのように感じますか？ (回転感(ぐるぐる) ・ 浮動感(フワフワ) ・ くらっと感)

その他	
-----	--

②その症状はいつからありますか？

例：1週間前から

③今までにかかった病気はありますか？また治療はされてますか？

喘息 高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 その他 ()

➢医療機関名 ()

④他の疾患を含めて、服用中のお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せください)

有・無	お薬の名前：
-----	--------

⑤アレルギーはありますか？

有・無	食べ物や薬の名前： 例：卵・小麦・キシロカイン(薬)・ダニ・スギ・ヒノキ
-----	---

⑥その他

◆アルコール：毎日 ・ 時々 ・ 飲まない ◆タバコ：吸わない ・ 吸う (1日 本)

◆女性の方へ：妊娠の可能性 なし あり / 授乳 なし あり

⑦当院をどちらでお知りになりましたか

インターネット ・ 看板 ・ チラシ ・ 知人からの紹介 ・ SNS ・ その他()

裏面にもあります(任意) ↓

◇睡眠セルフチェック (ESS)

ご自身の睡眠状態を把握することは非常に困難と言われておりますが、下記アンケートで普段、感じている眠気の度合を評価することができます。

Q1：座って読書しているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q2：テレビをみているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q3：公の場で座って何もしないとき(観劇や会議など)

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q4：1時間のドライブで助手席・後部座席に乗っているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q5：状況が許す場合で、午後に横になって休憩するとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q6：座って人と話しているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q7：アルコールを飲まずに昼食をとった後、静かに座っているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

Q8：車を運転中、交通渋滞で2～3分停止しているとき

決して眠くならない 1 たまに眠くなる 2 しばしば眠くなる 3 よく眠くなる

⇒ 点

- 5点未満 ・・・ 日中の眠気少ない
- 5～10点 ・・・ 日中の軽度の眠気あり
- 11点以上 ・・・ 日中の強い眠気あり

合計	<input type="text"/>
	点

