



問診表（訪問診療用）

記入日：_____年_____月_____日 記入者氏名_____（患者様との関係：_____）

フリガナ		生年月日	年 月 日生 歳
氏 名	性別：男・女		
身長：_____cm 体重：_____kg			

1. 現在治療中の病気やこれまでにかった病気はありますか？ ☐ ある ☐ ない

*「ある」にチェックした場合は以下にも記載をお願いします。

- ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 高尿酸血症・痛風
☐ 気管支喘息 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症 ☐ アトピー性皮膚炎
☐ 心疾患（病名：_____） ☐ 脳疾患（病名：_____）
☐ 腎疾患（病名：_____） ☐ 肝疾患（病名：_____）
☐ 消化器疾患（病名：_____） ☐ 呼吸器疾患（病名：_____）
☐ 精神疾患（病名：_____） ☐ 悪性腫瘍（病名：_____）
☐ その他（病名：_____）

2. 今までに入院治療や手術を受けたことはありますか？また、いつ頃ですか？

☐ ある ☐ ない

- ・病名：_____ 時期：_____ 医療機関名：_____
・病名：_____ 時期：_____ 医療機関名：_____
・病名：_____ 時期：_____ 医療機関名：_____

3. 現在飲んでいるおくすりがありますか？ ☐ ある ☐ ない

*「ある」にチェックした場合は以下にも記載をお願いします。

- ☐ おくすり手帳持参あり ☐ おくすり手帳持参なし

（おくすり手帳がない場合は、わかる範囲で構いませんので薬剤名を教えてください）

4. 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？

- ・薬剤：☐ ある（薬剤名：_____） ☐ ない

- ・食品：☐ある（食品名：_____） ・ ☐ない
・その他のアレルギー：（☐花粉症 ☐ゴム製品 ☐金属製品 ☐その他：_____）

🔗裏面にも記載欄があります

5. お酒は飲みますか？

☐はい（☐毎日飲む ☐ときどき飲む ☐ほとんど飲まない） ☐いいえ

6. たばこは吸いますか？または過去に吸っていましたか？

☐はい（喫煙本数：_____本/日、喫煙年数：_____～_____歳まで） ☐いいえ

7. 病気や治療に関する説明についてどなたか一緒に説明を受けてほしい方がいますか？

☐いる（氏名：_____患者様との関係_____） ・ ☐いない

8. 今後の医療およびケアの方針について、主に意思決定を行う方はどなたですか？

☐本人 ☐家族・親類（氏名：_____）☐配偶者 ☐子 ☐親 ☐兄弟・姉妹 ☐その他）

☐その他（氏名：_____患者様との関係_____）

9. 担当医師・看護師に伝えておきたいことなどありましたら、下欄に記載してください。

（記入欄）

～ご協力ありがとうございました～



ほしの脳神経・整形外科
在宅クリニック立川