

# 内分泌代謝内科 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 来院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※診察や検査等の参考にさせていただきますので、該当する項目を○で囲み、空欄には必要事項をご記入下さい。

【1】 次の症状で当てはまるものの番号に○を付けて下さい。

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1. のどが渇き、水分をたくさん摂っている | 8. ものが二重に見える           |
| 2. 尿の量が増えた            | 9. 胸部が発作的に痛んだり重苦しくなる   |
| 3. 食べているのにやせてきた       | 10. めまい・立ちくらみがする       |
| 4. 全身がだるい             | 11. 動悸・息切れ・不整脈がある      |
| 5. 視力が低下した            | 12. 筋肉・関節（膝や腰）が痛むことがある |
| 6. 汗をかく               | 13. その他気になることがある       |
| 7. 手の指が震える            | ( _____ )              |

【2】 現在、または以前に他医療機関を含めて治療したり、経過観察を受けている病気（異常を含む）はありますか。聞きなれない病名も多いと思いますので、お分かりの範囲でご記入ください。

( いいえ ・ はい・・・ )

- |                                     |         |        |            |
|-------------------------------------|---------|--------|------------|
| ①糖尿病<br>境界域（型）                      | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ②高血圧                                | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ③高脂血症                               | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ④狭心症・心筋梗塞                           | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑤痛風（高尿酸血症）                          | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑥甲状腺疾患（バセドウ病、橋本病、甲状腺結節など）【病名：_____】 | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑦副腎疾患                               | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑧下垂体疾患                              | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑨副甲状腺疾患                             | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑩骨粗鬆症                               | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑪胃・十二指腸疾患（病名：_____）                 | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑫その他（肝臓病、結核など）                      | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |

【3】 今までに手術をしたことがありますか。

- |        |             |         |           |
|--------|-------------|---------|-----------|
| 1. いいえ | 2. はい・・・胃切除 | _____ 才 | 病名等：_____ |
|        | その他の手術      | _____ 才 | 病名等：_____ |

【4】 定期的に人間ドックまたは健康診断を受けられていますか。

- |        |                        |       |              |
|--------|------------------------|-------|--------------|
| 1. いいえ | 2. はい・・・最終_____年_____月 | ①異常なし | ②所見あり（_____） |
|--------|------------------------|-------|--------------|

【5】他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

1. いいえ      2. はい

【6】1. 現在、体重の変化はありますか。      ①変化なし      ②減少      ③増加

2. 今までの最高体重はどれくらいでしたか。      \_\_\_\_\_ Kg ( \_\_\_\_\_ 才頃)

3. アルコールは飲まれますか。

- ①飲まない      ②飲む・・・ a. 月1～2回      b. 週1～2回      c. 週3～4回      d. 週5～6      e. ほとんど毎日

主な種類と平均的な1回の量： \_\_\_\_\_

4. タバコは吸われますか。

- ①吸わない      ②吸っていたが禁煙した      ③吸う・・・1日平均 約 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間

【7】注射や内服薬、食物等によりアレルギー反応（発疹やショック等）を起こしたことがありますか。

1. いいえ      2. はい・・・薬品名、食物名： \_\_\_\_\_

【8】ご家族（父母、祖父母、叔父、叔母、兄弟姉妹、子供）で、次のような病気にかかった方やかかっている方がおられますか。聞きなれない病名も多いと思いますので、お分かりの範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 糖尿病      ①いいえ      ②はい… _____    | 7. 肥満      ①いいえ      ②はい… _____     |
| 2. 高血圧症      ①いいえ      ②はい… _____   | 8. 甲状腺疾患      ①いいえ      ②はい… _____  |
| 3. 高脂血症      ①いいえ      ②はい… _____   | 9. 副腎疾患      ①いいえ      ②はい… _____   |
| 4. がん      ①いいえ      ②はい… _____     | 10. 下垂体疾患      ①いいえ      ②はい… _____ |
| 5. 脳卒中      ①いいえ      ②はい… _____    | 11. 骨粗鬆症      ①いいえ      ②はい… _____  |
| 6. 心筋梗塞・狭心症<br>①いいえ      ②はい… _____ | 12. 副甲状腺疾患<br>①いいえ      ②はい… _____  |

【9】現在、同居しているご家族についてお伺いします。

1. ひとり暮らし

2. 家族と同居している・・・配偶者・子供 \_\_\_\_\_ 人・父・母・その他（ \_\_\_\_\_ ）計 \_\_\_\_\_ 人

【10】女性の方のみお答え下さい。

1. 月経について      ①規則的      ②不規則      ③閉経（ \_\_\_\_\_ 才）

2. 妊娠について      ①していない      ②可能性あり      ③妊娠中

3. 出産について      ①異常分娩      ②正常分娩

・妊娠中の異常      ①なし      ②あり（ \_\_\_\_\_ ）

・出生児体重      \_\_\_\_\_ g      \_\_\_\_\_ g      \_\_\_\_\_ g

【11】マイナ保険証読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？（受付でマイナンバーカード読み取りをした方に限る）      1. いいえ      2. はい      3. マイナンバーカード非使用

当院はマイナンバーカードの健康保険証利用で診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

【医療情報取得加算】を算定します（初診時に1点、再診時は3ヶ月に一度1点）