

問診票

年 月 日

ご本人	フリガナ			
	氏名			
	住所	(〒 -)		
	連絡先1	()	-	自宅・携帯・その他()
	連絡先2	()	-	自宅・携帯・その他()
受診目的 (複数でも可)	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 薬・点滴 <input type="checkbox"/> がん診療連携 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン* <input type="checkbox"/> カウンセリング* <input type="checkbox"/> その他 ()			

*セカンドオピニオン、カウンセリングは保険診療外で、実費がかかります

1. 薬や食べ物などのアレルギー（過敏症）はありますか？
 なし あり (ありの場合：薬品名、食品名など：)

2. 今まで大きな病気や手術、現在治療中の病気がありますか？
 なし あり (ありの場合：それは何ですか？)

年齢	病名	現在治療中？	
		はい	いいえ

3. 今、お困りの症状はなんですか？

4. 上記3の症状でほかの医療機関にかかったことはありますか？
 なし あり

ありの場合、どのような説明を受けておられますか？

5. 現在、服薬中のお薬があれば教えてください
 (お薬手帳をお持ちならそれを見せていただくだけで結構です)

6. 今回、奥野クリニックに期待することをお書き下さい

ご回答ありがとうございました

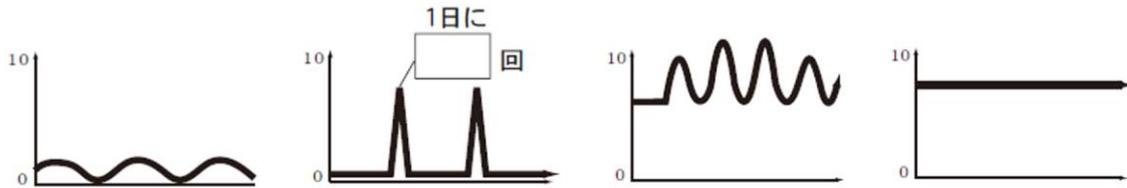
がんの患者さまは裏面も記入お願いいたします

問 診 (続 き)

7. 今、お困りの症状はなんですか？ (複数でも可)

- なし せき・たん 息切れ 食欲低下 はき気
 おなかのはり からだのだるさ 便秘・下痢 気分が落ち込む
 眠れない 痛み

痛みのある場所	痛みの強さ	痛みのパターン(下の1~4)
	軽い・我慢できるが痛い・我慢できない	



1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある
 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が、1日中続く

その他 ()

8. (一番お困りの症状 _____ について) いつ頃からありますか？

- 日前から 週前から ヶ月前から その他 ()

どのような経過ですか？

- だんだんひどくなる 変わらず持続する ましになっている
 良くなったり、悪くなったりする その他 ()

9. ほかの医療機関にかかったことはありますか？

- なし あり

ある場合、どのような説明を受けておられますか？

10. 今まで受けられた治療についてわかる範囲で教えてください

- 手術 (手術日 _____ 内容 _____)
 抗がん剤 (治療期間 _____ 内容 _____)
 放射線治療 (治療期間 _____ 照射した部位 _____ 線量 _____ グレイ)
 その他

11. ご希望や、知りたいご質問などがありましたらお書き下さい

ご回答ありがとうございます

診察までもうしばらくお待ち下さいませ