

三番町ごきげんクリニック
問診表



問診表記載情報の取り扱いについて

三番町ごきげんクリニックは、取得しましたクライアント様の個人情報についてその保護の重要性を認識し、下記の通り取り扱う事をお約束いたします。

記

1. 個人情報の利用目的について

当クリニックは、クライアント様からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他個人に関わる情報（以下、「個人情報」といいます）を、クライアント様の診療目的で利用させていただき、クライアント様へのメール、手紙等による各種情報のご提供のために利用させていただき、クライアント様の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2. 管理

当クリニックは、個人情報への不正アクセス・紛失・破壊・改ざん及び漏洩などがないよう管理します。

3. 個人情報の第三者提供、および開示について

当クリニックでお預かりした個人情報を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。

- ① クライアント様の事前の承諾を得た場合
- ② 他医療機関へのご紹介に際して、クライアント様に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報を提供する場合
- ③ 法令の定めにより提供を求められた場合

以上

「問診表記載情報の取り扱いについて」に同意いただけましたら、次のご署名欄にご自署お願い申し上げます。

「問診表記載情報の取り扱いについて」に同意します。

ご署名： _____ 様

クリニック内で起こった急変時について

三番町ごきげんクリニック内での診療中・治療中に起こった急変時には、必要な救命処置をさせていただきます。また、ご記載いただきました緊急連絡先にご連絡することと、救急搬送が必要になった際には、必要な個人情報を提供させていただきことをご了承下さい。

「クリニック内で起こった急変時について」に同意いただけましたら、次のご署名欄にご自署お願い申し上げます。

「クリニック内で起こった急変時について」に同意します。

ご署名： _____ 様

◇お身体の状態についておうかがいします

当てはまるものに○をつけてください。

一般	身長:()cm 体重:()kg 虚弱 疲れやすい 体重の増加 体重の減少 風邪を引きやすい 肩こり 微熱
皮膚	湿疹 かゆみ じんましん アトピー性皮膚炎 髪の毛がぬける 円形脱毛 爪が割れやすい 乾燥 多汗 肌荒れ にきび・吹き出物
頭	偏頭痛 頭重感 立ちくらみ めまい 頭へ受けた外傷
目	眼精疲労 目やに かゆみ 目の奥が痛む 目がかすむ 視力低下 白内障 緑内障 加齢黄斑変性症 ドライアイ コンタクトレンズ メガネ
耳鼻	耳鳴り 聞こえにくい においを感じにくい 鼻水 鼻炎 鼻づまり 鼻出血
口／喉	歯ぐきからの出血 声のかすれ 口臭 のどの異和感 口内炎 歯周病
心肺	胸の痛み 圧迫感 動悸・息切れ 不整脈といわれたことがある 体を動かすと胸が痛む 夜中突然呼吸が停止して目が覚める 手足のむくみ せき・たん 喘息 高血圧 低血圧
消化器	食欲の変化 もたれ感 むねやけ 吐き気 下腹部痛 便秘 下痢 便に血が混じる ガスがたまる おなかがはる
泌尿器	夜中の尿意 尿の回数の増加 排尿時の痛み 血尿 性的不全 性的欲求の減少 残尿感
心	気分がむらがある 憂鬱・不安になる つらいと感じることが多い 対人関係でうまくいかない くよくよする
血液	輸血したことがある 出血しやすい 顔色が悪い 寒がり冷え症 貧血 気がつかないうちにあざができてい いつもだるい 血が止まりにくい
関節／筋肉	筋肉のつり 関節の痛み 膝の痛み 腰痛 筋肉痛
神経	麻痺 手や足のしびれ 忘れっぽい 言葉がなかなか出てこない 呂律がまわりにくい
女性のみお答え下 さい 乳腺・婦人科	妊娠_____回 出産_____回 流産_____回 中絶_____回 ・現在(妊娠中・授乳中・生理中・不妊治療中) ・月経(順調・不順・月経前症候群・閉経_____歳・更年期症状) ※月経周期 _____日 ※薬の服用: _____ 生理痛 生理前の気分のむらや体の不調 胸にしこりがある 不妊の心配がある()



◇アレルギーを示すものを挙げてください（薬、食べ物、ワクチンなど）

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____ 6 _____

◇既往症についておうかがいします

◇現在、通院中ですか はい いいえ

【症状・疾患名】 【時期】 【治療内容】

◇病歴と手術歴を教えてください(入院した時期とその原因を挙げてください)

いつ頃ですか？

病名は何ですか？

1 _____年 _____月頃 _____
2 _____年 _____月頃 _____
3 _____年 _____月頃 _____

◇サプリメント、健康食品で摂っているものがあれば教えてください

名前

<内服時間>

1 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
2 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
3 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
4 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
5 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前

◇現在内服している薬を教えてください。

名前

<内服時間>

1 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
2 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
3 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前
4 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前



◇ご家族の病歴についておうかがいします ※ご家族の病歴を記入してください。

病名	続柄	病名	続柄
高血圧		痛風	
脳卒中		精神疾患	
心臓病		肝臓病	
がん		肥満	
糖尿病		その他	

◇嗜好についておうかがいします

1. タバコを吸いますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 一日 _____ 本(_____ 年間)
2. アルコールを摂取しますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 内容と量 _____
1 週間に _____ 回くらい

◇運動についておうかがいします

1. 定期的(1日30分以上を週2回以上)に運動をしていますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 1週間に _____ 回
どんな運動をしますか？ _____
2. 現在、肩・腰・ひざなど痛いところがありますか。 _____
3. 病気・けが・障害の為に運動の制限指導を受けていますか。 はい／いいえ
「はい」とお答えの方 具体的に教えてください _____
4. 過去に運動をしていましたか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 運動の種目(種類) _____
何歳から、どのくらいの期間 _____

◇睡眠についておうかがいします

1. 就寝時間は何時ごろですか？ 平日 _____ 時 休前日 _____ 時 休日 _____ 時
2. 平均睡眠時間は、どのくらいですか。 _____ 時間
3. 毎日の睡眠に満足していますか。 はい／いいえ
4. 布団(ベッド)に入って、何分で眠れますか。 _____ 分
5. 朝、すっきりと目覚めることができますか。 はい／いいえ
6. 夜中に目が覚めますか。 はい／いいえ
7. 何時に寝ても、早朝(5時以前)に目が覚めますか。 はい／いいえ
8. 日中の眠気を感じる事が多いですか。 はい／いいえ
9. 就寝時は、真っ暗な環境で眠りますか。 はい／いいえ
10. 就寝前にうたた寝をしてしまう事がしばしばありますか。 はい／いいえ

11. その他、睡眠について気になること、改善したいことがあれば教えてください。



◇食生活習慣についておうかがいします

1. 一回の食事量は多いですか？ 適量／多い／少な目
2. 一回の食事時間はどのくらいですか？ _____分
3. コンビニ食はどのくらい利用しますか？ 1週間に_____回くらい
4. 外食、お惣菜の利用はどの程度しますか？ 1週間に_____回くらい
5. 一日にどのくらいの水分をとりますか？
(食事の水分以外でお考えください) 水: _____

その他: _____

6. 清涼飲料水(缶コーヒー含む)をしばしば飲みますか？ はい/いいえ
7. あまいもの・お菓子を良く摂りますか？ はい/いいえ
8. ファーストフードを週に一度以上利用しますか？ はい/いいえ
9. 自宅での食事は誰が管理していますか？ _____

10. ここ2日、召し上がったものを記入してください。(出来るだけ詳しく教えてください。)

朝	昼	夕	間食

13. 子どものころ肥満でしたか？ はい/いいえ

14. 毎日の食生活で、健康のために心がけていること・続けていきたいと思っている習慣があればお教えてください。

15. ご自分の食生活で、改善したい・やめたい習慣があればお教えてください。

◇健康・予防行動についておうかがいします。



1. 人間ドック・定期検診(職場検診)は受けていますか。 はい/いいえ
2. 最終受診年月日を教えてください 年 月(内容)

◇がんの病状についておたずねします。

◇診断名(がんの進行度:ステージも分かればお書きください。)

◇診断を初めて受けたのはいつですか。

◇手術を受けましたか。

はい (年 月)

いいえ

※はいの方で、手術内容の分かる資料(術後説明の用紙など)をお持ちの方はご持参ください。

◇現在がんに対しての治療をされていますか。はいの場合、治療内容を教えてください。

はい ()

いいえ

◇診断を受けてから現在に至るまでの経過を簡単に教えてください。

◇がんに伴う症状についておたずねします。

◇現在一番つらい症状は何ですか。

◇がんに伴いむくみはありますか。

ある ・ ない

※あるとしたら、どの部位ですか。

◇がんに伴う痛みはありますか。

ある ・ ない

※あるとしたら、どの部位ですか。

◇痛みに対して使用している薬剤があれば教えてください。

名前

<内服・使用時間>

1 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前

2 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前

3 _____ 朝 昼 夜 眠前 食前

◇かかりつけの病院についておたずねします。

◇現在かかられている病院名を教えてください。

◇主治医には当クリニックでの治療について相談されましたか。

また、主治医は高濃度ビタミン C 点滴療法・免疫療法・エピジェネティック療法についてどのように理解されていますか。

沢山の質問にお答えいただきましてありがとうございました。