

記入日 西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

フリガナ  
氏名： ( ) 性別： 男 ・ 女  
生年月日：西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 年齢 ( ) 歳 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  
住所 〒  
電話番号：自宅 ( ) 携帯 ( )  
メールアドレス： ( )  
職業： 会社員 ・ 教員 ・ 公務員 ・ 医療職 ( ) ・ 自営業 ・ 主婦 ・ 学生 ・ その他 ( )

### すみれが丘ひだまりクリニックからの電話連絡に関するご確認

すみれが丘ひだまりクリニックでは、予約の確認、あるいはお問合せ等の理由で、お電話させていただくことがございます。個人情報保護のため以下の事項について確認させていただきたいと思っておりますので、ご理解とご協力のほど、お願いいたします。

- ご連絡について  
ご自宅 ( 可 ・ 不可 ) 携帯電話 ( 可 ・ 不可 )
- お電話に出られた方に対してお伝えして良いものに○をつけてください。  
( ご本人様以外の方が出られた場合も含む )  
クリニック名 ( 可 ・ 不可 ) 担当者名 ( 可 ・ 不可 )
- ご本人様不在時の対応について  
留守番電話に伝言を入れる ( 可 ・ 不可 )  
電話に出られた方へ伝言を伝える ( 可 ・ 不可 )
- 上記以外にご連絡時のご要望がございましたらご記入下さい。  
( )
- ご希望の方に当院のお知らせなどを、お送りさせていただきます。 ( 希望 ・ 不要 )

### ◇当院を知ったきっかけは何でしたか。

- 山本記念病院  すみれが丘そよかぜクリニック  当院のホームページ  
 当院患者様の紹介 (紹介者 )  
 他院 (医師・療法士) からの紹介 (紹介者 )  
 講演会・セミナー ( )  
 雑誌 ( )  その他 ( )

### ◇なぜ当院を選ばれましたか。

- アントロポゾフィー医療に興味があった  自然療法に興味があった  近いため  
 家族、友人に勧められた  医師、療法士に勧められた  自由診療部に受診していた  
 西洋医学では症状が改善しなかった  その他 ( )

### ◇ご予約時のご要望がございましたらご記入ください。

例：家族と時間が重ならないようにしてほしい。同じ職場／学校の人と重ならないようにしてほしい。  
月の医療費を2万以内にしたい。等

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 同居の家族構成(名前・年齢)

父 : ( ) \_\_\_\_\_ 歳  
母 : ( ) \_\_\_\_\_ 歳  
子 : ( ) \_\_\_\_\_ 歳 ( ) \_\_\_\_\_ 歳  
( ) \_\_\_\_\_ 歳 ( ) \_\_\_\_\_ 歳  
祖父母 : ( ) \_\_\_\_\_ 歳 ( ) \_\_\_\_\_ 歳

1. 本日からした目的や相談したいことは何ですか。また、当院の治療に期待することを教えてください。

( )

2. 現在、どこか痛みのある場所や困っていることはありますか。

( )

3. 他の病院にかかっていますか。  いない  いる(病名 )

4. 現在、飲んでいるお薬(サプリメントも含む)はありますか。  ない  ある  
(薬品・サプリメント名 )

5. いままで下記に下記の病気を診断されたことがあれば✓をつけてください。

- 喘息 ( ) 歳  肺炎 ( ) 歳  結核 ( ) 歳  過換気症候群 ( ) 歳  
 心疾患 ( ) 歳  不整脈 ( ) 歳  先天性心疾患 ( ) 歳  狭心症 ( ) 歳  
 心筋梗塞 ( ) 歳  高血圧 ( ) 歳  逆流性食道炎 ( ) 歳  胆のう炎 ( ) 歳  
 前立腺肥大 ( ) 歳  尿路結石 ( ) 歳  膀胱炎 ( ) 歳  小児泌尿器疾患 ( ) 歳  
 胃・十二指腸潰瘍 ( ) 歳  腸疾患 ( ) 歳  糖尿病 ( ) 歳  
 アトピー性皮膚炎 ( ) 歳  じんましん ( ) 歳  食物アレルギー ( ) 歳  
 感染症(B型肝炎・C型肝炎・エイズ・梅毒) ( ) 歳  
 脳疾患 ( ) 歳 (例:脳梗塞 )  がん ( ) 歳 (例:肺がん )  
 その他 ( )

6. 入院をしたことはありますか。  ない  ある

7. ご家族(祖父母・両親・子供)の病歴をお書きください。

例:脳梗塞(父方祖母) 糖尿病(父) 高血圧(母) \*祖父母は父方か母方かも記入してください。

( )

8. 酒  飲まない  やめた  飲む ( ) を ( ) /日・週 ( ) 回)

9. タバコ  吸わない  やめた  吸う ( ) 本/日)

10. 過敏なものがあれば✓をつけてください。

音  暑さ  寒さ  におい  接触  その他 ( )

11. 視力について 右 ( ) 左 ( )

近視  遠視  乱視  斜視  老眼  まぶしいと感じやすい

12. ご自身の子供時代について

- ・ご自身の出生時に問題はありましたか。 ない ある
- ・出生後の栄養について。 母乳 人エミルク 混合
- ・ご自身の体の成長は早い方でしたか。 いいえ はい
- ・ご自身の成長について、気になることはありましたか。 ない ある(どの様な?: )

13. アレルギーについて

- ・アレルギーはありますか。 ない ある ( 薬物 食べ物 花粉 喘息 アトピー その他( ) )
- ・家族にアレルギーがある人はいますか。 ない ある
- ・薬や注射、花粉などでじんましんやアレルギー反応が出たことがありますか。 ない ある  
※ある場合、原因が分かれば教えてください ( )

14. 排泄について

- 排便回数について(1日 回数程度) / 1回の排便量について 多い 普通 少ない
- 排尿回数について(1日 回数程度) / 1回の排尿量について 多い 普通 少ない
- 排便は毎日出ますか。 いいえ はい
- 下痢をしやすいですか。 いいえ はい / 便秘をしやすいですか。 いいえ はい

15. 食事について

- 食欲はありますか。 いいえ はい
- 沢山食べますか。 いいえ はい
- 好き嫌いがありますか。 いいえ はい
- 好きな食べ物は。( ) 嫌いな食べ物は。( )
- 喉は渇きますか。 いいえ はい

16. 睡眠について

- 規則的 不規則 寝つき良い 寝つき悪い 夜中に目が覚める( 回)
- 浅い 深い よく夢を見る 目覚めが良い 目覚めが悪い

17. その他

- 汗はよくかきますか。 いいえ はい / 体の冷えはありますか。 いいえ はい
- 腹痛、頭痛、咳など起こしやすい症状がありますか。 いいえ はい(具体的な症状: )

18. 女性の方のみお答えください。

- 未婚 既婚 結婚予定 離婚 / 夫(パートナー) なし いる
- 現在気になる症状 月経異常 おりもの 月経痛 腹痛 外陰部の異常 更年期症状 妊娠  
その他( )
- 最終月経 ( )年( )月( )日
- 初潮 ( 歳)/月経周期 順調 不順 / 閉経 ( 歳)/出血量 多い 普通 少ない
- 月経中や月経前後の不調 ない ある(具体的に: )
- 月経痛について ない ある / 鎮痛剤の服用 ない ある(薬品名: )
- 更年期症状 ない ある(いつ頃から )  
どのような症状( )
- 性交渉の経験 ない ある / 現在妊娠の可能性 ない ある
- 妊娠・出産歴 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 分娩( ヶ月) 流産 人口中絶 その他( )  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 分娩( ヶ月) 流産 人口中絶 その他( )  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 分娩( ヶ月) 流産 人口中絶 その他( )  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 分娩( ヶ月) 流産 人口中絶 その他( )