

# 初めて受診される方へ（肝疾患）

本日の診療を円滑に行うために下記の質問にお答えください。

平成 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ お歳： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男・女  
身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

## 1. 本日来院された症状について

1) いつ頃から、どの部分にどんな症状がありますか？ 平成 年 月 日 時頃

[ \_\_\_\_\_ ]

2) 以下の症状がありますか？

かゆみ（なし・あり） こむら返り（なし・あり）

3) 今度のことで他の診療所や病院におかかりになりましたか？

（当院が初めて・他院にかかった）→ 診療所または病院名（ \_\_\_\_\_ ）  
検査や治療内容（薬など）についておわかりになればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

## 2. 今までかかったことのある病気について、あるものに○をつけてください。

[ 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・脳卒中・腎臓病・肝臓病・リウマチ・膠原病・  
喘息・緑内障・悪性新生物（がん等）・その他（ \_\_\_\_\_ ） ]

その病気は現在も続いていますか？（ \_\_\_\_\_ ）

## 3. 薬について

1) 現在服用中の薬がありますか？

（なし・あり）→ 内容がわかればご記入下さい。（ \_\_\_\_\_ ）

2) お薬手帳はお持ちですか？（いいえ・はい）→ 問診票と一緒に提出してください。

## 4. アレルギー（薬・食べ物等）がありますか？

（なし・あり）→ 内容がわかればご記入下さい。（ \_\_\_\_\_ ）

## 5. 家族の方に肝臓病疾患の方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

## 6. 日常生活についてお尋ねします。

アルコール摂取（なし・機会・常習・大酒家）→ 何をどれ位（ \_\_\_\_\_ ）

たばこ（吸わない・吸う： 本/日）→（以前は 本/日吸っていた・ 年前に止めた）

針治療経験（なし・あり： 歳） イレズミ(刺青)経験（なし・あり： 歳）

薬物経験（なし・あり： 歳） 輸血経験（なし・あり： 歳）

ピアス経験（なし・あり： 歳）→（自分で・病院で）

## 7. 本日の朝食はされていますか？（はい・いいえ）

昼食はされていますか？（はい・いいえ）