

フリガナ				生年月日	年齢
お名前	(男・女)			西暦 年 月 日	歳
ご住所	〒 — (アパート・マンション名なども必ずご記入ください)				
緊急連絡先 (ご本人の携帯など)				同居家族	有 ・ 無
身長	cm	体重	kg	腹囲 お分かりになる範囲で	cm
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 街角広告 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 内覧会 <input type="checkbox"/> 紹介状持参 <input type="checkbox"/> その他 []				

いつから、どのような、症状がありますか？

いつぐらいから	
どのような症状がある (具体的に 記入してください)	

ご自身・同居人・身近な方の海外渡航歴はありますか？ あり なし

おおむね2週間前からのことを教えてください。ご自身・同居人・身近な方で、急に体調が悪くなった方は(特に発熱や風邪症状など)いらっしゃいますか？ いる いない

以下の病気で治療歴はありますか？ あり なし

ある場合には、当てはまる病気に□にチェックをお願いします。

- 心臓病 高血圧 脂質異常症 糖尿病 腎臓病 呼吸器疾患 脳疾患
 胃・十二指腸潰瘍 逆流性食道炎 大腸疾患 胆嚢疾患 膵臓疾患 肝臓病
 前立腺肥大 緑内障 がん (手術 化学療法 放射線治療)
 その他 []

血縁者で、狭心症・心筋梗塞・不整脈・突然死・糖尿病・脂質異常症・高血圧・腎臓病・脳疾患・がんなどの病気と診断された方はいますか？ いる いない

どなたが、どの病気にかかられましたか？

- ・
- ・
- ・

現在服用中の薬はありますか？

あり なし

お薬手帳をお持ちになっていない方は、以下に服用中のくすりを記載してください。(お薬手帳持参の方は不要です。)

・
・
・

手術のご経験はありますか？

あり なし

ある場合には、下記に詳細の記入をお願いします。

[歳の時 の手術した] [歳の時 の手術した]
[歳の時 の手術した] [歳の時 の手術した]

カテーテル治療のご経験はありますか？

あり なし

ある場合には、下記に詳細の記入をお願いします。

[歳の時 のカテーテルをした]
[その他]

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

あり なし

ある場合には、下記に、何に対するアレルギーか、ご記入をお願いします。

お酒は飲みますか？

毎日飲む 時々飲む 全く飲まない

毎日飲む、時々飲む方は、以下に詳細の記入をお願いいたします。

よく飲むお酒の種類	<input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> ウイスキー <input type="checkbox"/> その他 []
頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> それ以外
1日あたりの量	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1合~2合未満 <input type="checkbox"/> 2合~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 ※1合の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、日本酒1合(180ml) 焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

喫煙しますか？

喫煙する 以前喫煙していた 喫煙しない

吸う方	1日	本	年間	以前 吸っていた方	1日	本	年間
-----	----	---	----	--------------	----	---	----

運動習慣はありますか？

あり なし

ありの方は、詳細を教えてください

運動する時間(運動をなさる日の平均で結構です)	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上1時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上
運動する頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週に2回程度 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度
運動の内容を 教えてください	<input type="checkbox"/> 筋トレ <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> ジョギング <input type="checkbox"/> ヨガ <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> ピラティス <input type="checkbox"/> サイクリング <input type="checkbox"/> 太極拳 <input type="checkbox"/> その他 []

女性の方は下記の質問にお答えください。

月経について	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順	最近の月経について	月	日から	日間
閉経しておられる方は年齢を教えてください：	歳				
妊娠・授乳について教えてください	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> どれにも当てはまらない				

ご協力ありがとうございました。