

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)				
電話	自宅 () -		携帯 - -		
血圧 (/)	身長	cm	体重	kg	ご職業 会社員・自営業・主婦 その他 ()

☆紹介状、レントゲンフィルム、MR I 撮影画像、CD-R などお持ちの方は受付に出してください。

1) 内科受診の目的についてお聞かせください

栄養指導 整形外科受診時にすすめられた 他院よりの紹介

その他・いつからどのような症状がありますか

()

2) 現在治療中の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脂質異常症 ガン (悪性新生物)

その他 ()

3) 2でお答えいただいた以外に、今までに大きな病気、手術などをしたことがありますか？

ない ある ⇒ ()

4) 今、内服中の薬はありますか？かかりつけの病院はどちらですか？

☆ お薬手帳お持ちの方は、ご提示ください (診察前にコピーさせていただきます)

ない ある ⇒ ()

かかりつけ医 ()

☆ その他サプリメント等使用の場合はご記入下さい。

()

5) ご家族で以下の病気の方はいらっしゃいますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脂質異常症 ガン (悪性新生物)

その他 ()

6) 食べ物や薬でじんましんが出るなどのアレルギーはありますか？

ない ある ⇒ ()

7) 運動の習慣はありますか？何をどのくらいの頻度でされていますか？

ない ある ⇒ ()

8) 嗜好品についてお伺いします たばこ、お酒は嗜まれますか？

はい いいえ

たばこ 1日 () 本 () 年間 喫煙中

過去喫煙歴 1日 () 本 () 年間 () 歳から禁煙

お酒→何をどのくらい？ () を ()

9) 介護保険はお持ちですか？

いいえ はい ⇒ (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)

10) 同居されているご家族はいらっしゃいますか？

いいえ はい ⇒ (配偶者・親・子・孫・その他)

11) 女性の方で現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ ある なし

最終月経 () 妊娠回数 () 回 出産回数 () 回 初潮 () 歳 閉経 () 歳

12) 体重の変化についてお伺いします

20歳のときの体重 () kg

過去最大の体重 () kg () 歳頃

過去一番やせていた時の体重 () kg () 歳頃

13) 当院のことは何でお知りになりましたか？

家族・知人に聞いて インターネット、ホームページ 通行中

他院の紹介() その他 ⇒ ()

記入が終わりましたら、受付へお渡し下さい。