**【　初 診 の 方 の 問 診 票　】**(赤の欄は必須です)

|  |  |
| --- | --- |
| 名前 | （フリガナ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） |
| 生年月日 | 西暦（　　　　　　　　）年（　　　　　）月（　　　　　）日 生まれ |
| 身長・体重　など | （　　　　　　）cm 　（　　　　　）kg 　BMI　=（　　　　　） |
| 住所 | 〒（　　　　　　　）  埼玉県（　　　　　）市（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 電話 | （自宅）　　　　　　　　　　　　（携帯） |
| 職業 | （現在・元） |
| 喫煙歴 | （喫煙したことがない・昔に喫煙していた・現在も喫煙している）  （　　　）歳～（　　　）歳まで　　　　平均して1日（　　　）本 |
| 飲酒習慣 | （飲酒しない・時々飲酒・ほぼ毎日飲酒）  アルコールの種類（　　　 　　　　）　1回の飲酒量（　　 　　　） |
| 女性のみ | （ 妊娠中の可能性あり　・　妊娠中　・　授乳中 ・　どれにも該当せず　） |
| 同居人 代表者 | （氏名）　　　　　　　　（続柄）　　　（電話番号） |
| 緊急連絡先 | （氏名）　　　　　　　　（続柄）　　　（電話番号） |
| 緊急連絡先 | （メールアドレス） |

**【　本日は どのような症状で 受診しましたか？ 】**

症状が「いつから」か、「どんなとき」に出るか、「どれぐらい続く」か、

症状のある「場所」、「悪くなってきているかどうか」などについて書いてください。

「一番相談したい症状だけ」について書いてください。

**裏にもあります⇒**

**【　これまでの病気について、など　】**(赤の質問は必須です)

（1）治療中の病気はありますか？（なし・あり） ある場合、何歳（何年）頃からですか？

高血圧　　脂質異常症（高コレステロール血症）

　　腎臓病　　糖尿病　　高尿酸血症　　脳梗塞　　　ほか

（2）いま飲んでいる薬、使っている健康食品はありますか？（なし・あり）

　　（内容）

（3）手術を受けたことがありますか？　（なし・あり）

手術した方は、手術の時に輸血しましたか？　（した・していない・わからない）

覚えている範囲で「病名」「手術の名前」「時期」などを 教えて下さい。

　　（　　　）歳ごろ

（4）アレルギー歴はありますか？　（なし・あり・わからない）

ある場合、アレルギーの原因、発症時期、どのような症状が出るか、などを教えて下さい。

（内容）

（5）ご親族の病気（続柄も含め）お教え下さい。突然死した方があれば詳しく教えて下さい。

（6）そのほか

排便の頻度は？　　　　　　　　　（毎日・隔日・3日に1回・4日に1回・それ以下）

夜中にトイレのため起きますか？　（起きない・1回・2回・3回・それ以上）

普段、運動していますか？　　　　（していない・している）

　　運動をしている場合、内容・頻度・時間などについて教えて下さい。

最近、転倒したことはありますか？　（ない・ある； 1ヶ月以内・1年以内・それ以前）

飲食時にムセることがありますか？　（ない・ある）

失神したことはありますか？　　　　（ない・ある； 1ヶ月以内・1年以内・それ以前）

車の運転はしますか？　　　　　　　（しない・する）