

【 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 教えてください。

() 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、などを教えてください。

(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ください。

(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ください。

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)