

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日（ 歳） 男・女

〒

住所 _____ TEL(携帯・自宅) _____

該当する□にレ(チェック)してください

今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> はい 【 _____ 】 <input type="checkbox"/> いいえ
現在、病気にかかっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症・脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全(人工透析等) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 <input type="checkbox"/> いいえ
現在服用中のお薬(サプリメント)の名前を教えてください	【 _____ 】
過去に病気と指摘されましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症・脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全(人工透析等) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 <input type="checkbox"/> いいえ
薬・食べ物等のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【薬・食品名 _____ 】
たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【1日 本】 <input type="checkbox"/> やめた【 _____ 年前】
お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週 日 <input type="checkbox"/> 毎日】
<u>女性の方のみお答えください</u>	
現在、生理中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他、医師に伝えたい事がありましたらご記入ください。	