お名前

身長　　cm　体重　　kg　血圧　/　mmHg

１、どうなさいましたか？
＜かぜ症状＞　熱・関節痛・鼻水・鼻づまり・のどが痛い・咳・痰
＜頭＞　頭痛・めまい
＜胸＞　動悸・息切れ・息苦しい・胸が痛い・胸の違和感
＜お腹＞　食欲がない・吐き気・嘔吐・お腹がはる・お腹が痛い・下痢・便秘・便に血が付く
＜手足＞　手足のむくみ・しびれ
＜尿＞　排尿時の痛み・尿が近い
＜その他＞　立ちくらみ・全身だるさ
＜相談など＞（　　）
２、それはいつからですか？　　月　日　時頃から
３、今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？
はい・いいえ　（　　）
４、今、治療中の病気はありますか？
高血圧・脂質代謝異常（高脂血症）・糖尿病・痛風・心筋梗塞・脳卒中
その他（　　）
５、薬や食べ物アレルギーはありますか？
はい・いいえ　（　　）
６、あなたの両親、ご兄弟で次の病気のかたはいらっしゃいますか？
高血圧・脂質代謝異常（高脂血症）・糖尿病・心筋梗塞・癌（　　）
７、現在飲まれている薬やサプリメントはありますか？
はい・いいえ　（　　）
８、あなたの生活習慣についてお答えください。
食欲（ある・普通・ない）　排便（　回/日　普通・便秘・軟便）
お酒(種類　　どのくらい　/週)　たばこ(　本/日を　年)
女性の方のみ　現在妊娠中ですか？　はい・可能性がある・いいえ
現在授乳中ですか？　はい・いいえ
９、もしよろしければ当院にこられた理由をお聞かせください。
・家族がかかっている　・近所　・友人知人の紹介　・ホームページをみて
・その他（　　）