

ふりがな 名前		住所 〒 -		
日中ご連絡のとれる電話番号 - -	性別	身長 cm	体重 kg	体温 ℃

1. **どんな症状ですか？※心臓病の症状がある方は、診察前に心電図とレントゲンで心臓の状態を調べます。**

心臓病（動悸・息切れ・胸の痛み・不整脈・心電図異常）  
 生活習慣病（高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・中性脂肪が多い・高尿酸血症（痛風））  
 かぜ（熱・のどの痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり・だるさ・頭痛）  
 おなか（腹痛・胃痛・下痢・嘔吐・吐き気）  
 そのほか（睡眠時無呼吸症候群・花粉症・禁煙外来・筋膜リリース＜部位＞）  
 自由診療（ED・AGA・ピル・プラセンタ注射・にんにく注射）

2. **いつからですか？** 本日（ ）時頃から・昨日から・（ ）日前から・（ ）

3. **かかったことがある、もしくはかかっている病気はありますか？**

高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・中性脂肪が多い・心臓病  
 ぜんそく・腎臓病・そのほか（ ）

4. **ご家族で、つぎの病気にかかれた方はいますか？**

高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・中性脂肪が多い・心臓病  
 ぜんそく・腎臓病・そのほか（ ）

5. **タバコは吸いますか？** 吸わない・吸う（ ）本/日（ ）年間 ⇒ 禁煙したいと 思う・思わない

6. **お酒は飲みますか？** ほぼ毎日（ ）合/日（ ）本/日・時々飲む・飲まない

7. **薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)起こしたことがありますか？**

はい(薬・食べ物： )・いいえ

8. **薬はジェネリック(後発医薬品)を希望しますか？** はい・いいえ

9. **女性の方に 妊娠していますか？** はい・いいえ

授乳していますか？ はい・いいえ

◆ **インフルエンザ検査のご希望はありますか？**

はい・いいえ・ドクターと相談のうえ決める

◆ **解熱鎮痛作用のある注射・点滴のご希望はありますか？**

はい・いいえ・ドクターと相談のうえ決める

◆ **エコー検査のご希望はありますか？**

はい（心臓・頸動脈・甲状腺・腹部・下肢）  
 いいえ・ドクターと相談のうえ決める

◆ **20分で分かるアレルギー検査(スギ・ダニ等8種類)のご希望はありますか？**

はい・いいえ・ドクターと相談のうえ決める

当クリニックをどこで知りましたか？

看板・新聞折込・バス車内放送・ホームページ・Twitter・facebook・知人やご家族