

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（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）  
 その他（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・ワクチン）

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

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・その他か（ ）

## 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・その他か（ ）

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

### ◆ 風邪気味の方は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

### ◆ 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

※診療録にあるデータは匿名で医療学会や医学論文に使用することがあります。ご了承ください。

## Q 当クリニックをどこで知りましたか？

通りがかり・看板・バス車内放送・ホームページ・Twitter or FB・その他・知人やご家族