

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・プラセンタ注射・にんにく注射）

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・（ ）

※他の医療機関から紹介状・相談したい健診結果などがあれば、受付にお渡してください。  
※現在内服している薬があれば、「おくすり手帳」を受付にお渡してください。  
(おくすり手帳がなければ、診察室でお伝えください。)

## 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？(成人の方) 吸わない・吸う( )本/日( )年間

## 6. お酒は飲みますか？(成人の方) 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

◆ 風邪気味の方で、コロナ・インフルエンザ検査のご希望がある方

はい・ドクターと相談のうえ決める

◆ エコー検査のご希望がある方

はい(心臓・頸動脈・腹部)・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。  
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

## 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・知人・ご家族