



年 月 日

ふりがな お名前		性別	生年月日			
		男・女	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 ()					
電話番号						

本日はどうなさいましたか？ ☐ に ✓ を入れてください。

☐ 動悸 ☐ 息苦しい・息切れ ☐ 胸が痛む ☐ 脈が速い・遅い ☐ 血圧が高い ☐ 血圧が低い

☐ むくみ ☐ 背中が痛い ☐ 頭痛 ☐ 熱 (℃) ☐ 鼻水・咳などの風邪症状

☐ めまい・ふらつき ☐ 健康診断希望 ☐ その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

症状は今も続いていますか？ ☐ 今はない ☐ 今もある

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心臓病 ☐ 不整脈 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 喘息

☐ 脳卒中 ☐ 癌（部位 ） ☐ その他（ ）

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

☐ なし ☐ あり ()

ご家族（血縁のかた）に病気の方がいますか？

☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 脳卒中 ☐ 癌 ☐ その他 ()

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

☐ なし ☐ あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：☐ 吸わない ☐ 禁煙した（ 年前から） ☐ 吸う（ 本/日 × 年間）

飲酒: ☐ 飲まない ☐ 飲む (週 日) 種類・量 ()

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

☐ なし ☐ あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中)