

5. 現在、治療中の病気がありますか？ ない

ある 高血圧・糖尿病・高コレステロール・その他（ ）

6. 現在、服用されているお薬はありますか？ ない

ある 薬剤名をお書きください 又は おくすり手帳を出してください
()

7. これまでににかかった大きな病気や手術はありますか？ ない

ある 記入例：〇〇才で〇〇の手術
()

8 薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？ ない

ある ()

9.この1年間で健康診断（特定健診・高齢健診）を受診しましたか？ いいえ

ある（ ）

10. 女性の方への質問です。

現在、妊娠していますか？ 又は 妊娠に心当たりはありますか？

ある ない

11. わかる範囲で質問にお答えください。

(ア) 身長 cm 体重 kg (最近5年間で 増えた ・ 減った ・ 不変)

(イ) 就寝時間 時 分、起床時間 時 分

(ウ) 飲水量 (ml) (コップ〇杯など)

朝 昼 夕

(工) 排尿回数 起きている間 回 寝ている間 回

(才) 便の回数 日に 回 (軟 ・ 普 ・ 硬)

(カ) タバコ 1日に 本 ・ 吸わない

(キ) お酒 1 日に (何を) をどれくらい ・ 飲まない

(ク) パッドあるいはオムツ 常に使用 ・ 外出時のみ ・ 使用していない

12.他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ない

ある（医療機関名： ）

13. 当院をどのようにして知りましたか？

インターネット ・ 広告(チラシ) ・ 看板

知人 家族からの紹介 ・ その他()

ご記入ありがとうございました