

初 診 時 健 康 調 査 票

氏名	フリガナ _____	男 ・ 女	生年月日 西暦            年    月    日 (    才)
	〒 _____  TEL _____ (    ) : 緊急時連絡先 _____ (    )		
現病歴	現在かかっている病気はありますか。 〔 _____ 〕	既 往 歴	次の病気のうち、今までかかったものに○印と当時の年齢を記入して下さい。 1.高血圧症    才    7.消化器疾患    才 2.高脂血症    才    (    ) 3.糖尿病      才    8.腎・泌尿器疾患    才 4.胃潰瘍      才    (    ) 5.脳卒中      才    9.血液疾患        才 (詳細      )    (    ) 6.心臓病      才    10.婦人科疾患    才 (            )    (    ) その他の治療歴・手術歴 〔 _____ 〕
	現在行っている治療はありますか。 (抗がん剤、放射線治療、その他) 〔 _____ 〕 備考欄		
内服薬・過敏症	現在内服中の薬はありますか。 〔 無・有(記載) _____ 〕 食べ物・薬等でアレルギーはありますか。 〔 無・有(記載) _____ 〕	家族歴	家族の方で病気のある方はご記入下さい。 父 (                            ) 母 (                            ) 兄弟 (                        ) 〔 その他 _____ 〕
生活習慣	飲酒：無    ・週(    )日・内容(    )/日 喫煙：無    ・一日(    )本×(    )年間 食事：(    )食/日・規則的・不規則・偏食 運動：殆どしない・週(    )日 睡眠：よく眠れる・眠れない (    時間/日)	症状	1.特に症状は無い 2.頭痛 3.腹痛 4.動悸 5.食欲不振 6.胸やけ 7.咳/痰 8.便秘/下痢 9.体重減少 10.不正出血 11.むくみ 12.倦怠 〔 その他 _____ 〕
来院目的	当クリニックを何で知りましたか。 1.知人からの紹介 (紹介者            ) 2.インターネット 3.書籍・広告 4.その他 (                            ) 当クリニックに来院された主な目的は何ですか。 1.検査目的 2.免疫リンパ球療法 3.医師への相談 4.健康食品購買 5.その他 (                            )	ご相談内容	特にご相談したい内容がありましたら自由にご記入ください。 〔 _____ 〕

# 問 診 票

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

以下、該当するものに○印でご記入ください。

- ・本日の同伴者： なし・父・母・配偶者・子供・その他（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_人
- ・同伴者と一緒に診察を受けることを ・希望する ・希望しない ・どちらでもよい

・本日の体調について

- ・良好/普通 ・あまり良くない ・かなり悪い

自由記載欄

- ・食事について： ・規則的 ・時々不規則 ・かなり乱れている
- ・運動について： ・週 3 日以上 ・週 1~2 日 ・週 1 日未満
- ・便通について： ・規則的 ・時々不規則 ・かなり乱れている
- ・睡眠について： ・よく眠れる ・時々不規則 ・かなり乱れている

自由記載欄

・服用しているサプリメントについて

- ・無し ・サイモブラン ・サイマックス ・その他

自由記載欄

・現在、免疫リンパ球療法中の方へ、今回の点滴は何回目ですか

- ・初めて ・2 回目以上 ・通算 10 回以上 ・通算 30 回以上

・2 回目以上の方へ、前回の点滴を受けた後体調はどうでしたか

- ・良くなったように感じる ・普通/特に変わりなし ・あまり良くなかった

自由記載欄

ご協力ありがとうございました

芝浦ゲートウェイクリニック©2019