

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 )
住所	〒 _____		ご 職 業	経営者 医療関係者 専門職 一般会社員 その他 ( )	
	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) 〕		家 族 歴	家族の方で病気のある方をご記入下さい。 父 ( ) 母 ( ) 兄弟 ( ) 〔その他〕	
	食べ物・薬等でアレルギーはありますか。 〔 無・有(記載) 〕				
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 ( )		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。 〔 _____ 〕	
	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 ( )				

# 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
- ・サイモプラス
- ・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©2021