

初診の方へ（ 血圧/コレステロール/中性脂肪）

来院日()年()月()日
フリガナ
名前 ()
生年月日 T. S. H. ()年()月()日
年齢 ()歳
性別 男 ・ 女
住所 〒
()
電話番号 (自宅)
(携帯)

1. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長 cm / 体重 Kg / 最高体重 kg

2. いつ頃からどのような症状ですか？(いつ頃から指摘されていますか？)

3. 家族(血縁の方)に高血圧、糖尿病、心血管疾患、脂質異常(コレステロールや中性脂肪の高い人あるいは善玉コレステロールが低い人)はいますか？

はい ・ いいえ

→いる場合はその病名を書いてください。発病年齢が分かる場合はその年齢もお書きください。

4. 運動習慣はありますか？はいの場合は具体的にお書きください。

はい ・ いいえ

5. 今までに大きな病気をされた事がありますか？

(お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. お酒は飲みますか？

(お飲みになる場合は、種類、量をお書きください)

なし あり()杯/日・月

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？

(ある場合はお書き下さい。)

はい いいえ

8. 喫煙しますか？

なし あり()本/日

過去に吸っていた

9. 睡眠はよくとれていますか？

はい いいえ → 眠りにつきにくい

途中で何度も起きてしまう
早朝に目覚める

10. 妊娠あるいはその可能性がありますか？

いいえ

はい ()週目

・授乳していますか？

いいえ

はい (→出産日 年 月 日)

11. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット

b) どちらかからの紹介(紹介者)

c) 仕事場が近所、家が近い