





6. 今までにかかった病気やけがの治療歴をお書きください。書ききれない場合は裏面にお書きください。  
 例：高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、不整脈、脳梗塞、脳出血、肝臓病、甲状腺機能異常、  
 がん、うつ病、アルコール依存症、交通事故など

|     |   |   |   |     |   |   |    |       |
|-----|---|---|---|-----|---|---|----|-------|
| 昭・平 | 年 | 月 | ～ | 昭・平 | 年 | 月 | 病名 | 入院・通院 |
| 昭・平 | 年 | 月 | ～ | 昭・平 | 年 | 月 | 病名 | 入院・通院 |
| 昭・平 | 年 | 月 | ～ | 昭・平 | 年 | 月 | 病名 | 入院・通院 |
| 昭・平 | 年 | 月 | ～ | 昭・平 | 年 | 月 | 病名 | 入院・通院 |
| 昭・平 | 年 | 月 | ～ | 昭・平 | 年 | 月 | 病名 | 入院・通院 |

7. 薬剤の副作用を経験したことはありますか？  いいえ・はい ( )
8. 薬剤・食物・その他のアレルギーはありますか？  いいえ・はい ( )
9. アルコールは飲みますか？  いいえ・はい (頻度 日/週・月 )
10. たばこは吸いますか？  いいえ・禁煙中・はい ( 本/日 )
11. 運動の習慣はありますか？  いいえ・はい (頻度 回/週・月 )
12. 血縁のある親族の中で、認知症の方はいますか？  いいえ・わからない・はい ( )

13. 血縁関係のご家族について教えてください。

|        | <年齢> | <同居の有無> | <健康状態>         |
|--------|------|---------|----------------|
| 父      | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 母      | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 兄弟/姉妹  | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 兄弟/姉妹  | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 兄弟/姉妹  | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 兄弟/姉妹  | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 兄弟/姉妹  | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 夫/妻    | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 子(第1子) | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 子(第2子) | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 子(第3子) | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |
| 子(第4子) | 歳    | あり・なし   | 健康・病気・死亡(原因: ) |

14. あなたはどこで生まれ育ち、どんな学校へ行き、どんな仕事につきましたか？

|      |       |
|------|-------|
| 出生地  | 主な生育地 |
| 最終学歴 | 卒業・中退 |

これまでの職歴（営業職・事務・主婦など）をお書きください。

15. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

|              |              |        |
|--------------|--------------|--------|
| 医師 ( ) からの紹介 | 知人 ( ) からの紹介 | 保健所の紹介 |
| 区役所の紹介       | 通りかかって       | 区の電話帳  |
| インターネット      | スマートフォン      | 携帯電話   |
|              |              | タウンページ |
|              |              | 駅の案内板  |

◆ご協力ありがとうございました。受付へお出しください。