





5. 定期的に通院している病院、紹介状はありますか？また、服用中の薬・サプリメントはありますか？

かかりつけ医紹介状 あり ・ なし

病院名 / 受診科： ( ) 薬名： ( )

病院名 / 受診科： ( ) 薬名： ( )

病院名 / 受診科： ( ) 薬名： ( )

サプリメント： ( )

6. 今までにかかったことのある病気やけがに○をつけてください。

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

その他： ( )

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. 現在どなたと一緒に生活をされていますか？年齢などを教えてください。

<年齢>

<健康状態>

夫 / 妻 歳 健康・病気 ( )

兄弟 / 姉妹 歳 健康・病気 ( )

兄弟 / 姉妹 歳 健康・病気 ( )

子 (第1子) 歳 健康・病気 ( )

子 (第2子) 歳 健康・病気 ( )

子 (第3子) 歳 健康・病気 ( )

その他 ( ) 歳 健康・病気 ( )

その他 ( ) 歳 健康・病気 ( )

その他 ( ) 歳 健康・病気 ( )

13. 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 ( )

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 タウンページ 駅の案内板

インターネット スマートフォン 携帯電話

◆ご協力ありがとうございました。受付へお出しください。