**生活習慣病問診票**

記入日：20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日大・昭・平・令　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | (携帯)　　　　　　　　　　　　　　　(自宅) |

|  |
| --- |
| **当院を受診されたきっかけを教えてください**◻︎紹介(誰から：　　　　　　　　　　　　)　◻︎新聞・郵便ポストの開院チラシ　◻︎イオンタウンチラシ　◻︎駐車場の看板・通りがかり　◻︎ネット検索(検索ワード：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　 ◻︎当院ネット広告(googleなど)◻︎千葉医療なび　◻︎ドクターズ・ファイル　◻︎病院なび　◻︎カルー(Caloo)　◻︎ その他(　　　　　　　　　　) |
| **当院のホームページはご覧になりましたか？**◻︎見ていない　◻︎見た(ご意見(あれば)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**★次のページに続きます★**

**★あなたに最適な治療を決めるため、お手数ですがもれなくご記入下さい★**

|  |
| --- |
| **これまでに健診で指摘されたり、治療を受けたりしたことがある病気について教えてください****□糖尿病、境界型糖尿病、血糖が高い、など：**(　　　　)歳から**□脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)：**(　　　　)歳から**□高血圧症：**(　　　)歳から　**血圧計：**□持っている/□いない**□痛風・高尿酸血症：**(　　　)歳から　**痛風発作：**□あり/□なし　**尿管結石：**□あり/□なし**□心筋梗塞・狭心症：**(　　　)歳時**□脳梗塞：**(　　　)歳時**□脳出血：**(　　　)歳時**□がん：**(　　　)歳時　部位：(　　　　　　　　 　　　 　　　 　)**□ぜんそく　□前立腺肥大　□緑内障**　**□その他(**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **喫煙、飲酒について教えてください。****喫煙：**□ 禁煙した(　　　年前から　それまでの喫煙(　　　　本/日×　　　年間))□ 吸う(　　　本/日×　　年間)　□ 吸わない**飲酒：**□ 飲まない　□ 飲む(週　　日)　酒の種類(　　　　　　　　)・量(　　　　　　　　) |
| **仕事の内容について教えてください(複数選択可)。**□ 無職　□ デスクワーク　□ 立ち仕事　□ 肉体労働　□ その他(　　　　　　　　　　　) |
| **運動する習慣はありますか？**　□ ない　□ ある(週(　　　)回、1回(　　　　)分運動内容 ：(　□ 散歩　□ ジョギング　□ ゴルフ　□ その他(具体的に：　　 　　 　　) |
| **過去の体重について教えてください。**20歳時の体重：(　　　)kg　過去最高体重(妊娠中は除く)：(　　　)kg |
| **※女性の方へ　妊娠，出産をされたことはありますか？**　□ ない　□ ある　(　　　)回**妊娠中に血糖、血圧が高いなどはありましたか？**　□ ない　□ ある(具体的に：　　　　　　)**現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？**□いいえ □はい (　□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中　) |
| **血のつながったご家族に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。****□糖尿病**(　　　　)　 **□脂質異常症**(　　　　)　 **□高血圧**(　　　　) 　 **□脳梗塞**(　　　　)　**□脳出血**(　　　　)　 **□心筋梗塞・狭心症**(　　　　)　 **□その他**(　　　　　　　　　　　　) |
| **食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？**□ なし □ あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　 　　　　　　) |
| **その他に困っていることや不安なこと、治療に対するご希望があれば教えてください。**□ なし 　□ 高額な薬は使いたくない　□ 薬の一包化希望(複数の薬を一袋にまとめる)□ その他(　　　　　　　　　　　 　　　　　　) |

※ご協力ありがとうございました。