

# 生活習慣病問診票



まくはりコース内科

記入日：20 年 月 日

フリガナ			生年月日
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
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。