

フリガナ

氏名

生年月日（ 年 月 日）

住所

 〒 -

電話番号（ - - ）

発症	<p>▶ 現在の治療状況を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に薬を飲んでいましたが、中断していた（ _____ 年 _____ 月頃まで）。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在、薬を飲んでいる。</p> <p>受診していた病院名： _____</p> <p>治療期間： _____</p> <p>治療内容： _____</p> <p>紹介状 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>お薬手帳 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>
治療歴	<p>▶ 現在、治療中の病気があればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 高脂血症（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 高尿酸血症（ _____ 歳～）</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 腎臓病（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 肝臓病（ _____ 歳～）</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症（ _____ 歳～） <input type="checkbox"/> 認知症（ _____ 歳～）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p> <p>▶ その他</p>
既往歴	<p>▶ 今までに<u>入院・手術した病気</u>があればご記入ください。</p>
症状	<p>▶ 現在、何か<u>自覚症状</u>がありますか？</p>
体重	<p>▶ 20才頃の時の体重は _____ kg</p> <p>▶ 過去の最大体重は _____ kg（ _____ 才～ _____ 才頃）</p>
タバコ	<p><input type="checkbox"/> 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 吸っている ： _____ 歳から 1日 _____ 本程度</p> <p><input type="checkbox"/> 以前吸っていた： _____ 歳から _____ 歳まで 1日 _____ 本程度</p>
お酒	<p><input type="checkbox"/> 飲まない</p> <p><input type="checkbox"/> 飲む お酒の種類： _____</p>

	飲む頻度： 1週間に_____回 ・ 機会飲酒（付き合い程度） 1回に飲む量：_____
アレルギー	▶ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> お薬（_____） <input type="checkbox"/> 食べ物（_____）
家族歴	▶ ご家族（父母、祖父母、叔父母、兄弟姉妹、子供）で、次の病気にかかった方はいますか？ <input type="checkbox"/> 糖尿病（_____） <input type="checkbox"/> 高血圧（_____） <input type="checkbox"/> 高脂血症（_____） <input type="checkbox"/> 心臓病（_____） <input type="checkbox"/> 脳卒中（_____） <input type="checkbox"/> 甲状腺（_____） <input type="checkbox"/> がん（_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）
食事	▶ 食事の時間とだいたいの内容を教えてください。 朝食 <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 食べる _____ 時頃、内容：_____ 昼食 <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 食べる _____ 時頃、内容：_____ 夕食 <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 食べる _____ 時頃、内容：_____ 夜食 <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 食べる _____ 時頃、内容：_____ ▶ 調理は主に誰がされますか？（_____） <input type="checkbox"/> ほとんど外食・コンビニ食が惣菜 ▶ 下記でよく摂取する（していた）ものがあれば教えて下さい。 <input type="checkbox"/> インスタント麺 <input type="checkbox"/> ラーメン <input type="checkbox"/> ハンバーガー <input type="checkbox"/> 揚げもの <input type="checkbox"/> 天ぷら <input type="checkbox"/> 菓子パン <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> 和菓子 <input type="checkbox"/> 洋菓子 <input type="checkbox"/> アイスクリーム <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> ジュース(野菜ジュースも含む) <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> コーヒー(砂糖入) <input type="checkbox"/> 紅茶(砂糖入) <input type="checkbox"/> ヤクルト <input type="checkbox"/> プロテイン <input type="checkbox"/> 栄養ドリンク <input type="checkbox"/> サプリ（_____） <input type="checkbox"/> 健康食品（_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）
運動	▶ 現在、運動をしていますか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 週_____回×_____分位 行っている運動：_____
睡眠	起床：_____時頃 就寝：_____時頃 夜中に_____回目を覚ます
暮らし	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（_____） 計_____人
お仕事(学校)	ご職業 _____ <input type="checkbox"/> 専業主婦(夫) <input type="checkbox"/> 無職 勤務時間 _____時頃～_____時頃、 <input type="checkbox"/> 夜勤あり <input type="checkbox"/> 日によってバラツキ大きい
介護	▶ 現在、介護保険を利用されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい（要支援_____要介護_____）
女性	▶ 女性の方のみ、おたずねします。 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> 可能性あり ・ <input type="checkbox"/> はい（出産予定日_____） 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 出産について <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（何歳の時ですか？_____） 月経について <input type="checkbox"/> 順調 ・ <input type="checkbox"/> 不順 ・ <input type="checkbox"/> 閉経後（_____歳～）

（以下はスタッフが記入します）

身長（_____ cm） 体重（_____ kg） 血圧（_____ / _____ mmHg） 脈拍（_____ /分）