

問 診 票

令和.....年.....月.....日記入

ふりがな

(ヒルズクリニック用)

氏 名 (男性 ・ 女性) 身長: cm
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 体重: kg
住 所 〒

電話番号 () — 職業 (具体的に)

自宅以外の連絡先 1.
2.

どのような経緯でヒルズクリニックにこられましたか？

ご紹介 (様) ・ インターネット ・ パンフレット ・ 講演会を聞いて
その他 ()

現在、治療中の病気はありますか？

癌 (部位:) 高血圧 糖尿病 高脂血症 腎臓病 肝疾患
心疾患 脳卒中 胃腸疾患 精神疾患 アレルギー その他 ()

現在、定期的に飲んでいる薬はありますか？ (あり・なし) ありの場合どのような薬ですか？

現在、特に気になる症状はありますか？ (あり・なし) ありの場合、具体的にご記入下さい。

過去に治療を受けた病気がある場合、その病名とその時の年齢をご記入下さい。

(1) 歳 (病院名)
(2) 歳 (病院名)
(3) 歳 (病院名)

今までに薬や食べ物で、じん麻疹が出たりしたことがありますか？ (あり・なし)
ありの場合、どのようなものでおこりましたか？

お酒とタバコについて、該当するところに ○ をつけるか、下線 部にご記入下さい。

お酒 : 1日平均 _____ 以下・以上・たまに付き合いで飲む程度・飲まない
タバコ : 1日 _____ 本・過去に吸っていた (_____ 年前より禁煙)・吸わない

家族構成 (病気加療中もしくは亡くなった方はその病名をご記入下さい。)

(特に癌、糖尿病、心臓病、脳いっ血、高血圧など)

父	歳	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()
母	歳	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()
配偶者	歳	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()
兄弟姉妹	人	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()
子供	人	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()
孫	人	健康・病気加療中・死亡 (歳)	病名 ()

(裏面につづく)

女性の方にうかがいます。現在妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ・わからない）
現在授乳中ですか？（はい・いいえ）

生活の中で気を付けていること、健康法などありますか？（あり・なし）
ありの場合、具体的にご記入下さい。

現在定期的に飲んでいるサプリメントはありますか？（あり・なし）
ありの場合、どのようなサプリメントですか？

ストレス解消法や楽しみ、趣味などご記入下さい。