

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。