

お名前 () ご職業 ()

① どのような症状がありますか？

- 風邪症状(咳 / のどの痛み / 鼻水) 血圧が高い 息切れがする
お腹の痛み(吐き気 / 嘔吐 / 下痢) 睡眠時無呼吸 予防接種
胸の痛み(圧迫感 / 違和感) 特定健診(長寿健診)
禁煙外来 → 肺の検査を希望しますか？ (はい ・ いいえ)
その他()

② 症状はいつからですか？

()

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか？

(はい ・ いいえ)

病院名() 病名()

④ 今までにかかった病気はありますか？

(はい ・ いいえ)

- 喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 緑内障
脳梗塞 脳出血 前立腺肥大 その他()

⑤ 現在、薬を服用していますか？

(はい ・ いいえ)

服用されている薬名をご記入ください。(薬名:)

⑥ 薬を服用してアレルギー症状が出たことがありますか？

(はい ・ いいえ)

薬名 ()
症状 蕁麻疹 気分不良 腫れ その他()

⑦ 今までに手術を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

()

⑧ 今までに健診を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

⑨ 両親・兄弟姉妹・祖父母に下記の病歴の方はいますか？

(はい ・ いいえ)

- 高血圧 心臓疾患 脳卒中 がん
その他()

⑩ 嗜好品について

タバコ： 吸わない ・ 吸う (1日 本 / 年間)

お酒： 飲まない ・ 飲む (毎日 / 週に 回 / 月に 回 / 付き合い程度)