

予防・健康増進目的用の問診票

記載日：平成 年 月 日

フリガナ

氏名 職業：
生年月日：T・S・H 年 月 日 年齢： 才 性別：男・女
現住所：〒
連絡先：自宅 - - 、携帯 - - 、
Fax. - - 、E-mail： @
勤務先住所：〒
電話番号 - - 、
勤務先名および部署

家族構成：配偶者 無・有、子供 無・有（ 人）
現在一緒に住まわれている家族：

緊急連絡先：氏名 続柄：
住所：〒 -
電話番号 - - （自宅・携帯）
E-mail @

紹介先またはかかりつけ医の医療施設（医療機関への定期的受診がなければ記載不要）：

住所：〒 -
電話番号： - -
施設名
診療科 科、 科
担当医氏名 先生 先生

現病歴：高血圧症・高脂血症・糖尿病・不整脈・狭心症・骨粗鬆症
その他の疾患；

既往歴：心疾患；狭心症・心筋梗塞・弁膜症・その他（ ）、大動脈疾患
脳神経系疾患；脳梗塞・脳卒中・てんかん発作・痙攣
その他の疾患；

手術歴；

感染症：有・無（最終の検査日； ）・不明

現在の内服内容（薬手帳がある場合持参）およびサプリメント：

血液型：ABO 式； 型、Rh； +・-

アレルギー歴（薬剤、食物、etc.）

飲酒：種類； 量； ml/day

喫煙歴：無・有（ 本/日 x 年）、

止めた場合（止めて 年・ ヶ月、それまで 本/日 x 年）

女性の患者様のみお答えください。

現在妊娠中ですか？

はい（約 週）・いいえ・不明

生活習慣等

食欲：旺盛・普通・減退傾向・ない

便通：快便・便秘・軟便・下痢気味（頻度； 回/日）

体重の増減：半年以内に±3kg の変化；無・有（ kg/年の増・減）

運動：無・有；内容（ ）頻度（ 回/日・週・月）

生活：規則的・不規則

睡眠：快眠・不眠傾向（寝つきが悪い・寝た気がしない・寝起きが辛い・眠りが浅い）

睡眠時間； 時間/日

気質：社交的・内向的・楽観的・悲観的・意志が強い・柔軟性がある・怒りっぽい・頑固

体質：冷え性・暑がり・のぼせやすい・汗かき

その他気になる症状や伝えておきたいこと：

適応検査の受診日当日希望の無・有（時間の関係でできないことあり）

記入時の（腋窩）体温： ℃

身長： cm、体重： kg、腹囲（臍周囲）： cm

〒106-0032 東京都港区六本木 3-1-1

六本木 T-Cube 2 階

Tel: 03-3584-1132

Fax: 03-3584-1136

<http://roppongi-hat.com>

六本木 HAT クリニック