

# 診療申し込み用健康相談記録 Dr.天野（女性外来） 静風荘病院

ID 番号（受診後記入）： \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： 昭和・平成 年 月 日（ 齢） 職業： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号（日中連絡の取れる先）： \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ 体温： \_\_\_\_\_ 血圧： \_\_\_\_\_

本人以外の連絡先 氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

1. 主訴（現在の症状、診察に際して一番期待すること）をご記入ください。

2. 当院の診察を希望されたきっかけをご記入ください。

例）インターネット TV ご紹介

3. 現在の症状に対して、今まで受診された治療をわかる範囲で記入してください。

症状	受診した病院	受診年月日	受診回数	治療内容	検査内容	効果の有無

4. 既往症（過去にかかれた病気）を記入してください。

病名	年齢	治療内容	治療継続の有無

5. 直系のご両親、ご兄弟ご姉妹の方のかかれたご病気（亡くなられた場合はそのご病名）をお書きください。

6. ご家族の構成をお書きください。同居、別居の家族、又、介護の有無などお書きください。

経済的に支えている方はどなたですか？（ ） ※裏面もご記入ください。

7. タバコは吸いますか？

- 全く吸ったことがない
- 以前吸っていたが、現在は吸っていない  
→以前は 一日に何本くらい： 本 吸い始めた年齢： 歳 禁煙した年齢： 歳
- 吸っている → 一日に何本くらい： 本 吸い始めた年齢： 歳  
禁煙した事がありますか？： いつ、どれくらいの期間、禁煙しましたか？：

8. お酒は飲みますか？

- 飲まない
- 付き合い程度飲む → お酒の種類・量・頻度を記入してください 例：ビール 350ml、週1回程度 等
- かなり飲む → お酒の種類・量・頻度を記入してください 例：ビール 500ml、毎日 等

9. サプリメントの使用について： 使用している  使用していない

使用している場合 → サプリメントの種類：

10. アレルギーについて： ある  ない

ある場合 → どのようなアレルギーですか：

11. 以下の社会的支援の交付を受けていらっしゃいますか？

- 身体障害者手帳  養育手帳  精神障害者保健福祉手帳  障害者年金

12. 直近に受診されたがん検診・MRI・CT などについて記入してください。（例・胃がんバリウム・胃カメラ 脳 MRI 等）

検診内容： 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：  
検診内容： 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：  
検診内容： 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：

13. 以下は女性の方だけご記入ください。

骨粗しょう症検査 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：  
乳がん検診 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：  
子宮がん検診 年 月（ 歳の頃） 検査機関名：

- 生理がある 周期や生理痛などを記入してください。

- 生理がない 閉経の方は年齢を記入してください。 歳 子宮摘出手術を受けた方 歳

※婦人科疾患の手術を受けた方は、その時の年齢病名を記入してください。 歳 病名  
歳 病名

- 出産経験がある→第1子出産年齢（ ） 第2子出産年齢（ ） 第3子以降もお書きください

- 流産の経験がある→年齢（ ）（ ）

その他 先生にお伝えしたいことがあればご記入ください

※スペースの関係で書き足りない場合は、お手持ちの用紙にご記入ください。