

診療申込用健康相談記録 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： _____

以下の項目をご記入ください。

1. 主訴（現在の症状、診察に際して期待すること）

2. 当院の診察を希望されたきっかけ

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（わかる範囲で）

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（過去にかかられた病気）

病名	年齢	治療内容	治療の継続の有無

5. 直系の両親、兄弟姉妹の方のかかられた病気（亡くなられた場合はその病名）

6. 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？： _____

7. 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・頻度をご記入ください 例：ビール 350ml、週1回程度 等

かなり飲む → お酒の種類・量・頻度をご記入ください 例：ビール 500ml、毎日 等

8. 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： _____

9. 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： _____

10. 以下の社会的支援の交付を受けていますか？

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

11. 直近に受診されたがん検診・MRI・CT などについて（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： _____

12. 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

生理がない 閉経の方はその時の年齢 _____ 歳

婦人科疾患の手術を受けた方は、その時の年齢 _____ 歳

※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。