

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。