

|       |        |       |         |            |
|-------|--------|-------|---------|------------|
| フリガナ  |        | 性別    | 生年月日    | 年 月 日 ( 歳) |
| 氏 名   |        | 男・女   | 身長( cm) | 体重( kg)    |
| 住 所 〒 |        |       |         |            |
| 連 絡 先 | 電話 ( ) | 職業( ) |         |            |

- ① 本日お越しになった理由を教えてください。  
 (胸が痛い、ドキドキする、息が切れる、血圧が高い、健診で異常を指摘されたなど・・・)
- ② その症状はいつ頃から起こるようになりましたか。
- ③ どんな時に、どのぐらいの時間、またどの程度の頻度(週に数回など)で起こりますか。
- ④ 現在治療中、過去に治療を受けた病気を教えてください。  
 (〇歳～高血圧で薬を飲んでいる、手術の経験など・・・)
- ⑤ 食べ物・薬のアレルギー、花粉症・喘息の有無を教えてください。  
 アレルギー なし・あり( )  
 花粉症 なし・あり 気管支喘息 なし・あり
- ⑥ 生活習慣に関する質問です。  
 タバコ 吸ったことがない・吸っている(1日 本 歳から)・禁煙した( 歳から)  
 お酒 飲まない・飲む( )
- ⑦ ご家族の病気を教えてください。( )内に続柄を記入してください。  
 心臓の病気( ) 高血圧( ) 糖尿病( ) 脳卒中( )  
 突然死( ) がん( ) その他( )
- ⑧ 当院来院のきっかけを教えてください。  
クリニックの看板をみて ホームページなどをみて チラシをみて  
病院からの紹介(病院名: ) 家族・知人からの紹介  
その他( )