

以下の質問にお答えください

1 手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	詳細( )
2 アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	花粉症・食べ物( )・アトピー性皮膚炎・その他( )
3 薬の副作用はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	詳細( )

女性の方

4 生理中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴

該当箇所に発症年齢と現況に✓をつけてください

※記入内容は、結果に反映されます

特になし

※上記の質問の1で手術を受けたと答えた方は、下の病名にもチェックをいれてください

病名	発症年齢	現況	病名	発症年齢	現況
→ 高血圧		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	低血圧		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
糖尿病		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	がん		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
高脂血症・脂質異常症		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	胃・十二指腸疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
脳卒中・脳血管障害		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	その他の消化器疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
狭心症・心筋梗塞		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	うつ		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
その他の心臓病		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	喘息		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
慢性腎疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	緑内障		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
その他の腎疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	骨粗鬆症		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
貧血		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	前立腺肥大		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
不整脈		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	甲状腺疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
B型C型肝炎		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	呼吸器系疾患		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
その他の肝臓病		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒	高尿酸血症(痛風)		<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒
		その他( )			<input type="checkbox"/> 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒

自覚症状

該当箇所に✓をつけてください

※記入内容は結果に反映されます

特になし

<input type="checkbox"/> 疲労感	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 意識消失	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 眼精疲労	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 首・肩こり	<input type="checkbox"/> 咳がよくでる	<input type="checkbox"/> 手足のむくみ	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 血便
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 痰がよくでる	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ・まて	<input type="checkbox"/> 関節が痛む	<input type="checkbox"/> 胃部不快感
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 舌のもつれ	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 残尿感
その他( )				

他覚症状

医師の問診があります

採血について

当てはまるものに✓をつけてください

- 過去に採血をして気分が悪くなったことがある
- 血が止まりにくい、または血液をさらさらにする薬(ワーファリン等)を服薬中である

業務歴

該当する箇所に年数を記入し、複数業務歴のある方は、現職に✓をつけてください

職種	現職	従事年数	職種	現職	従事年数
事務職		年	製造業		年
営業職		年	建設・建築業		年
販売職		年	( )		年

業務経験なし

受診後にアンケートをお送りしてよろしいですか？ はい いいえ

問診は以上です。裏面に来院時の注意事項がありますのでご確認ください