

フリガナ		性	男	生年	明治・大正・昭和・平成・令和	職業
氏名		別	女	月日	年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒					電話番号 ( - - )

■ 本日来院された主な理由・症状

┃  
┃  
┃

■ 服用している薬(ビタミン剤、ホルモン剤、健康食品、漢方薬、鎮痛薬も含む) なし・あり

名前・量・回数

┃  
┃  
┃

■ 薬に対するアレルギー なし・あり

名前 \_\_\_\_\_ 症状(皮疹・むくみ など) \_\_\_\_\_

<既往歴> (該当するものを○で囲ってください:例 高**血**圧 )

心臓(高血圧、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心雑音、他) 血液(貧血、輸血、静脈血栓症、他)  
 消化器(潰瘍、胃炎、肝炎、脂肪肝、膵炎、胆石、他) 筋骨格(関節炎、腰痛、膠原病、他)  
 尿路系(尿路結石、慢性腎炎、膀胱炎、腎盂腎炎、他) 神経(けいれん、脳梗塞、クモ膜下出血、他)  
 呼吸器(喘息、慢性気管支炎、肺気腫、気胸、他) 内分泌・代謝(甲状腺、糖尿病、高脂血症、他)  
 アレルギー(花粉症、アトピー、食物アレルギー、他) 感染症(結核、蓄膿症、中耳炎、リウマチ熱、他)

<手術> (盲腸、ヘルニア、胆石、扁桃摘出、帝王切開 他)

<生活習慣> 喫煙歴:1日 約 \_\_\_本 × \_\_\_年間(禁煙 \_\_\_年前から)

飲酒:平均1日 ワイン \_\_\_杯、ビール \_\_\_本、日本酒・焼酎 \_\_\_合、その他 \_\_\_\_\_

<健診歴> (受けたことがある検査を○で囲ってください。)

胃カメラ 大腸カメラ 便潜血 子宮癌検診 乳癌検診 CT 検査(胸・腹など)

その他の健診での異常(\_\_\_\_\_)

<家族歴> (血縁のあるご家族で該当するものの横に続柄をご記入ください。例 高血圧 祖父)

心筋梗塞 \_\_\_\_\_ 突然死 \_\_\_\_\_ 脳血管障害 \_\_\_\_\_ 高血圧 \_\_\_\_\_ アトピー \_\_\_\_\_ 結核 \_\_\_\_\_

喘息 \_\_\_\_\_ 糖尿病 \_\_\_\_\_ 甲状腺疾患 \_\_\_\_\_ 偏頭痛 \_\_\_\_\_ 膠原病 \_\_\_\_\_ 癌 \_\_\_\_\_

<閉経前の女性のみ> (該当するものを○で囲ってください)

妊娠中 はい( 週目 ) ・ いいえ 授乳中 はい ・ いいえ

最終生理開始日( 年 / 月 / 日 ) 出産 回、自然流産 回

■以下の質問表にお答えください。

各項目の日常動作について、この 1 週間のあなたの状態を平均して右の 4 つから 1 つを選んでレ印をつけてください。	何の 困難 もない	い くら か 困 難 で あ る	か な り 困 難 で あ る	で き な い
靴紐を結び、ボタンかけも含めて自身で身支度できますか				
就寝、起床の動作ができますか。				
水がいっぱい茶碗やコップを口元まで運べますか				
戸外で平坦な道を歩けますか				
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか				
腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか				
蛇口の開閉ができますか				
車の乗り降りができますか				
歩こうと思えば、3km 歩けますか				
やる気になれば、スポーツはできますか				

■関節に問題のある方は下の図に印で示してください。

※押さえると痛みのある関節には●

腫れのある関節✖

