

受診年月日 年 月 日

フリガナ

氏名

男 ・ 女

生年月日 S ・ H

年 月 日

歳

既往歴：(過去にかかったことがある病気や手術歴等) 職歴：(例) 営業〇年・製造〇年(製造していたもの)
なし・あり()

治療中の病気 (『あり』の場合は該当事項にチェックをしてください) あり なし

<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>	脳血管障害	<input type="checkbox"/>	皮膚病	<input type="checkbox"/>	泌尿器系の病気
<input type="checkbox"/>	高脂血症	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	貧血症	<input type="checkbox"/>	肝臓病	<input type="checkbox"/>	呼吸器系の病気
<input type="checkbox"/>	胆石	<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>	痛風	<input type="checkbox"/>	花粉症	<input type="checkbox"/>	胃・十二指腸の病気
<input type="checkbox"/>	膵臓病	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	婦人科的病気	<input type="checkbox"/>	甲状腺の病気	<input type="checkbox"/>	その他(病名:)

自覚症状 (『あり』の場合は該当事項にチェックをしてください) 特になし

呼吸器	<input type="checkbox"/>	風邪をひきやすい	眼	<input type="checkbox"/>	目が疲れる・かすむ	消化器	<input type="checkbox"/>	胃が痛む	泌尿器	<input type="checkbox"/>	尿に血が混じる
	<input type="checkbox"/>	咳やたんが出る		<input type="checkbox"/>	目やに・涙がでる		<input type="checkbox"/>	下痢をする		<input type="checkbox"/>	尿をすると痛む
	<input type="checkbox"/>	鼻づまり・鼻汁が出る		<input type="checkbox"/>	視力が低下した		<input type="checkbox"/>	便秘をする		<input type="checkbox"/>	残尿感がある
神経	<input type="checkbox"/>	のどが痛い	耳	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする	皮膚	<input type="checkbox"/>	黒い便が出る	皮膚	<input type="checkbox"/>	尿の回数が多い
	<input type="checkbox"/>	声がかすれる		<input type="checkbox"/>	聞こえが悪い		<input type="checkbox"/>	食欲がない		<input type="checkbox"/>	おできがしやすい
	<input type="checkbox"/>	頭が痛い・重い		<input type="checkbox"/>	耳が痛い		<input type="checkbox"/>	胃がはる・もたれる		<input type="checkbox"/>	かゆみがある
筋骨格	<input type="checkbox"/>	手足がしびれる	循環器	<input type="checkbox"/>	めまいがする	全身症状	<input type="checkbox"/>	胸やけがする	全身症状	<input type="checkbox"/>	湿疹がよくでる
	<input type="checkbox"/>	手足や関節が痛む		<input type="checkbox"/>	動悸・息切れ		<input type="checkbox"/>	のどが渇く		<input type="checkbox"/>	物忘れがよくある
	<input type="checkbox"/>	首や肩が痛い		<input type="checkbox"/>	胸をしめつける痛み		<input type="checkbox"/>	眠れない		<input type="checkbox"/>	寝汗をかく
	<input type="checkbox"/>	首や肩がこる	<input type="checkbox"/>	息苦しい	<input type="checkbox"/>	体がだるい	<input type="checkbox"/>	疲れがとれない	<input type="checkbox"/>	その他()	
	<input type="checkbox"/>	背中や腰が痛む	<input type="checkbox"/>	顔や足がむくむ	<input type="checkbox"/>	イライラする					
	<input type="checkbox"/>	手足が冷える									

薬の使用の有無(「はい」の場合は薬名もご記入ください)				飲酒歴・改善				
血圧を下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※お酒を飲む頻度 毎日・時々・ほとんど飲まない			
インスリン、血糖を下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※よく飲むお酒の種類 日本酒・焼酎・ビール・洋酒・その他			
コレステロールを下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※飲酒日の1日あたりの飲酒量 目安: ・日本酒1合(180ml) ・ビール中瓶1本(500ml) ・焼酎25度(100ml) ・ウイスキーダブル1杯(60ml) ・ワイン2杯(240ml)			
症 状				飲酒年数				
医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞など)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	1合未満	1	1~2合未満	2
医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞など)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	2~3合未満	3	3合以上	4
医師から、慢性の腎不全にかかっていると 言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	睡眠で休養が十分とれている はい 1 いいえ 2			
医師から貧血と言われたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	運動や食生活などの生活習慣を改善しよう と 思いますか? 1 改善するつもりはない 2 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) 3 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善する つもりであり、少しずつ始めている 4 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満) 5 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)			
現在たばこを習慣的に吸っている(合計100本以上、または 6ヶ月以上吸っている、最近1ヶ月間も吸っている)	はい	1	いいえ	2	生活習慣の改善について保健指導を受ける 機会があれば、利用しますか? はい 1 いいえ 2			
喫煙されている方	1日	本	喫煙年数	年				
20歳のときの体重から10kg以上増加している	はい	1	いいえ	2				
1日30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上 実施している	はい	1	いいえ	2				
日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間 以上実施している	はい	1	いいえ	2				
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	はい	1	いいえ	2				
食事を噛んで食べるときの 状態はどれに当てはま りますか?(○をしてください)	①何でも噛んで 食べることが できる。	②歯や歯ぐき、噛み合わせ③ 等、気になる部分がありほとんど 噛みにくいことがある。噛めない						
人と比べて食べる速度が速い	速い	普通	遅い					
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	はい	1	いいえ	2				
朝屋夕の3食以外に間食や甘い飲み物を 摂取していますか。	毎日	時々	ほとんど 摂取しない					
朝食を抜くことが週3回以上ある	はい	1	いいえ	2				
※直前の食事時間 AM ・ PM :								