

⑦ご家族や血縁者で以下の病気の方がいれば、下の□から✓印でお答えください。

例：☑高血圧（父）

□高血圧（ ）、□狭心症（^{きょうしんしょう} ）、□心筋梗塞（^{しんきんこうそく} ）、□不整脈（ ）

□脳梗塞（ ）、□脳出血（ ）、□突然死（ ）、□糖尿病（ ）

⑧現在飲んでいるお薬はありますか？（漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む）

・ある（薬の名前： ） ・ない

⑨薬や注射によるショック・湿疹・じんましんなどの副作用を経験したことがありますか？

・ある（薬の名前： ） ・ない

⑩アレルギー体質といわれたことがありますか？

・ある（ ） ・ない

⑪タバコは吸われますか？または過去に吸っていましたか？

・はい ・いいえ

はいの方、どのくらい喫煙しますか？（ 本/日 歳～ 歳まで 年間）

⑫お酒は飲みますか？

・はい（何を： どのくらいの量： 頻度： ）

・いいえ

⑬女性の方にお聞きします。

・最終月経日はいつですか？（ 月 日 ） ・閉経（ 歳）

・妊娠していますか？（はい ・ いいえ ・ 不明）

紹介状 有・無 CD-R 有・無

ID _____ 受付時間 _____ : _____ フィルム 有・無 心電図 有・無

☞当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。