

基本情報シート（成人）

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男	
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 女	
			<input type="checkbox"/> 平成		(満	歳)		
ご住所	〒	勤務先・学校等						
			ご連絡して良いものに チェックを入れて下さい	ご職業				
				<input type="checkbox"/> 自宅電話番号				
				<input type="checkbox"/> 携帯電話番号				

下記は当てはまる□にチェックを記入して下さい

これまでに 病気を診断された事 がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あるとお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> がん（臓器： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
これまでに手術を 受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あるとお答えの方（分かる部分のみで結構です） 疾患名（ ） 手術名（ ）
現在使用中の お薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あるとお答えの方 薬品名（ ） お薬手帳をご持参の方は受付にご提示下さい
お薬や食べ物で アレルギーが出た事 がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	※あるとお答えの方 薬品名（ ） 食品名（ ）
お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※はいとお答えの方 お酒の種類（ ） 1回あたりのお酒の量（ ） お酒を飲む頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に（ ）日 <input type="checkbox"/> たまに飲み会がある時だけ
タバコを吸った事 がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※はいとお答えの方 <input type="checkbox"/> 現在も吸っている <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた（ ）歳まで吸っていた 何歳から吸っていますか？（ ）歳頃 1日の本数は何本ですか？（ ）本くらい
同居している人や ペットがいますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	※いるとお答えの方 同居している人（ ） ペット（ ）
ご家族の健康状態を 教えて下さい	父 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） 母 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） きょうだい <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） 子 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ）	
薬に関するご希望が あれば教えてください	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 院内処方にして欲しい ※使用できる薬に限られます <input type="checkbox"/> 一包化して欲しい <input type="checkbox"/> 粉薬は避けて欲しい <input type="checkbox"/> 漢方薬は避けて欲しい <input type="checkbox"/> どちらかという漢方薬を出して欲しい <input type="checkbox"/> 値段が安い薬にして欲しい <input type="checkbox"/> 高くても効果のある薬にして欲しい <input type="checkbox"/> その他（ ）	

ご記入ありがとうございました