

# 外来診察の前に 記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢( )歳 身長( )cm 体重( )kg

奥様氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1. 現在の健康状態についてお答えください。

- 健康
- 現在、治療している病気がある  
(病名; \_\_\_\_\_ )
- 現在服用している薬はありますか？  
(※サプリメントも含む)  
有( \_\_\_\_\_ )・無
- 今までに病気に罹ったことがありますか？  
有( \_\_\_\_\_ 歳 病名; \_\_\_\_\_ )・無
- 今までに入院や手術をしたことがありますか？  
(\*精巣疾患・甲状腺疾患・放射線療法・ヘルニア等)  
入院 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  
手術 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  
麻酔の種類 (全身麻酔・局所麻酔)  
→麻酔によるトラブルはありましたか？  
有( \_\_\_\_\_ )・無
- 輸血をしたことがありますか？ (有・無)

## 2. アレルギー・体質についてお答えください。

- 喘息はありますか？ 有( \_\_\_\_\_ )・無
- 食物アレルギー 有(食品名 \_\_\_\_\_ )・無
- 薬物アレルギー 有(薬品名 \_\_\_\_\_ )・無
- その他アレルギー (例；花粉症、アトピー)  
有( \_\_\_\_\_ )・無

## 3. 現在の職業をご記入ください。

- ( \_\_\_\_\_ )
- 仕事では主にどのようなことをされていますか？詳しくご記入ください。  
( \_\_\_\_\_ )
  - 勤続年数 ( \_\_\_\_\_ ) 年
  - 仕事で特に忙しい時期 (仕事で徹夜になる時期等) はありますか？  
①はい ②いいえ
  - 仕事で有機溶媒を使用しますか？  
①はい (種類: \_\_\_\_\_ ) ②いいえ
  - 以前に他の仕事をされていましたか？  
①はい ( \_\_\_\_\_ ) ②いいえ

## 4. ご家族の健康についてお答えください。

- 例) 糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝的疾患など
- 父; 健康・( \_\_\_\_\_ )  
母; 健康・( \_\_\_\_\_ )  
兄弟; 健康・( \_\_\_\_\_ )

## 5. 生活習慣についてお答えください。

- 喫煙をしますか？ 有( \_\_\_\_\_ 本/日)・無
- 飲酒をしますか？ 有(毎日・時々)・無
- サウナや熱めのお風呂によく入りますか？  
①はい ②いいえ
- 趣味をお答えください。  
( \_\_\_\_\_ )
- 習慣として行っていることがありますか？  
有( \_\_\_\_\_ )・無
- 1日に車やバイクにどのくらい乗っていますか？  
車( \_\_\_\_\_ )時間 バイク( \_\_\_\_\_ )時間

## 6. ストレスを感じていると思いますか？

- ①はい ②いいえ

※はい、とお答えの方は何にストレスを感じていますか？(複数可)

- |       |          |
|-------|----------|
| * 肉体的 | * 精神的    |
| ① 疲労感 | ① 家庭について |
| ② 倦怠感 | ② 職場について |
| ③ その他 | ③ その他    |

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

## 7. 何か気になることやご質問があればお書きください。



医療法人社団レニア会

ウイメンズ・クリニック  
大泉学園