

## 上落合クリニック 初診問診票

(糖尿病以外の生活習慣病：高血圧、脂質異常症、などの患者さま)

記入日：平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日

名前： \_\_\_\_\_ 大・昭・平 年 月 日( )歳

### ① 受診目的をお教えてください。

(記入例： 血圧が高い。検診でコレステロールが要精密検査になった。 など)

### ② 今まで通院していた医療機関はありますか。

ない ある ⇒ 通院理由(病名など)： \_\_\_\_\_

### ③ 現在飲んでいるお薬はありますか。

※紹介状やお薬手帳、薬品名がわかるものを持参の方は記入しなくても大丈夫です。

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

### ④ 今までに治療した病気はありますか。

ない ある ⇒ ・糖尿病 ・高血圧 ・脂質異常症 ・心臓疾患( \_\_\_\_\_ )  
・腎臓疾患 ・脳疾患( \_\_\_\_\_ )その他( \_\_\_\_\_ )

※該当するものに ○をして、心臓、脳疾患は詳細が分かれば、記載してください。

### ⑤ ご家族で生活習慣病の方はいらっしゃいますか。

いない いる→( \_\_\_\_\_ )

(記入例： 父が脳梗塞だった、母親が糖尿病で内服中 など)

ご協力ありがとうございました。来院当日【受付】までお持ちください。