

< 問診シート >

過去にかかった病気がありますか？ いいえ・はい 病名
年齢
治療

常用している薬がありますか？ いいえ・はい

薬のアレルギーがありますか？ いいえ・はい

食物アレルギーがありますか？ いいえ・はい

喘息にかかったことがありますか？ いいえ・はい

血縁者にガン、心筋梗塞、脳卒中、高血圧、糖尿病にかかった方はいますか？
いいえ・はい

飲酒はしますか？ いいえ・はい

喫煙はしますか？ いいえ・はい

妊娠の経験はありますか？ いいえ・はい

婦人科の手術を受けたことがありますか？
いいえ・はい

< 日常生活について >

睡眠時間は何時間ですか？ (時間)

仕事の内容は？

- ・ デスクワーク
- ・ 立ち仕事
- ・ 力仕事
- ・ 外回り（徒歩、自転車、その他）
- ・ 家事労働

育児をされていますか？ いいえ・はい

普段運動はしますか？ いいえ・はい

私のクリニック目白