



ID 番号 _____
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

メディカルダイエット 問診票

ふりがな		性別	男 女	歳
氏名		生年月日	M T S H 年 月 日	
住所	〒			
電話番号	自宅 携帯	職業		

下記の該当するところに○をつけてください。

- ✳ 今までに病気やお怪我で手術や入院などの経験はありますか？
(はい・いいえ)
- ✳ 家族歴:ご家族に下記の病気にかかったことはありますか？
(はい・いいえ)
癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、その他
- ✳ 食物や薬品のアレルギーはありますか？
(ない・ある、食品、薬品名: _____)
- ✳ 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。
便通:快便 下痢 便秘
喫煙: あり(1日 ____ 本 ____ 年間)、なし。禁煙した人の喫煙歴(____ 本/日 ____ 年間)
飲酒:飲まない 飲む(1日 ____ 杯 ____ 年間 ____ 種類)(回/週 ____)
妊娠 (はい・いいえ)
- ✳ 当院をどちらで知りましたか？
インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他(____)

<ご希望の診療内容>

診察のみ

ダイエット健診

遺伝子検査

点滴希望

処方希望 (ゼニカル、サノレックス、下剤など)

(薬の処方や点滴注射は診察後に決定されます。内臓障害・薬物乱用歴、精神障害などがある場合には処方できません。)

身長 :

cm 体重 :

kg