

問診票（肥満外来）

※当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理致します。

★裏面もご記入お願い致します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日（年齢）			
氏名	様		西暦	年	月	日 (満 歳)
住所	〒					
職業		電話				
同居人						

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

下記の質問にご回答をお願い致します。 ★書ききれない分は診察時にお伺いします。

●マイナ保険証による診療情報取得にご同意頂けますか？

同意する ・ 同意しない

●本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

紹介状なし ・ 紹介状あり（医療機関名 _____）

●本日の受診で相談したい症状があれば下記にご記入ください。

症状の内容： _____

発症時期： _____ 経過： _____

●現在、他の医療機関に通院・治療中の病気があればご記入ください。

通院なし ・ 通院あり（ありの場合は医療機関名・受診日・治療内容を下記にご記入ください）

医療機関名 _____ 受診日 _____

【治療内容】

- 甲状腺疾患 糖尿病 高血圧 脂質異常症 心疾患 脳梗塞・脳出血
 消化器疾患 腎疾患 泌尿器 精神疾患 不眠症 整形外科
 その他（病名： _____）

●現在、処方されている薬はありますか？

処方なし ・ 処方あり（ありの場合は薬剤名・用量・投薬期間を下記にご記入ください）

（薬剤名 _____ 用量 _____ 投薬期間 _____）

★お薬手帳をご持参頂いた方はお預かりさせていただきます。

●これまでに大きな病気にかかった事がありますか？（入院や手術を要する病気など）

なし ・ あり（ありの場合は病名・時期・医療機関名・治療内容を下記にご記入ください）

（病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____ 内容 _____）

●この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）を受診しましたか？

受診なし ・ 受診あり（受診時期 指示事項 ）

●これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

アレルギーなし アレルギーあり（原因物質 症状 ）

●喫煙についてご記入ください。

喫煙歴なし 禁煙した（ 歳頃） 現在喫煙あり（ 日 本）

●飲酒についてご記入ください。

飲酒なし 飲酒あり（頻度 種類・量 ）

●現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみご回答お願いします）

なし 妊娠中（妊娠周期 週） 授乳中（出産時期 ）

●現在、月経はありますか？（女性のみご回答お願いします）

閉経した（ 歳頃） 月経あり（ 月経不順なし ・ 月経不順あり ）

●子供の頃（19歳まで）に肥満体重だった事があったら時期と原因をおしえてください。

_____ 歳頃 _____ kg 原因： _____

_____ 歳頃 _____ kg 原因： _____

●成人してから（20歳以降）一番体重が増加した時期と原因を教えてください。

最大体重 _____ 歳頃 _____ kg 原因： _____

●ご家族・親族（血縁者）に下記の病気の方はいますか？

肥満症 糖尿病 高血圧 脂質異常症 心臓病 脳血管疾患 がん

●相談したい事をご自由にご記入ください。

●当院を何でお知りになりましたか？（医療機関からご紹介でご来院した場合はご記入不要です）

インターネット検索 紹介（紹介者のお名前： _____）

本日、ダイエット注射・ダイエット点滴をご希望されますか？ご希望に内容にレ点チェックをご記入ください。

希望しない ダイエット注射を希望する ダイエット点滴を希望する

本日、肥満外来以外にご相談はございますか？ 希望の診療内容にレ点チェックをご記入ください。

甲状腺 糖尿病 高血圧 脂質異常症 更年期 睡眠時無呼吸症候群 便秘

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

ご記入ありがとうございました（あきら内科）