

高脂血症（脂質異常症）問診票

初診の方は診療にお時間がかかることをご了承ください。

記入日 年 月 日

ふりがな	身長（おおよそ） cm
氏名	今日の体重 kg
ご職業 生年月日 年 月 日	今日の血圧（上/下）、脈
住所〒	/
電話番号	血圧、体重計が無ければクリニックで測定して下さい。

各種書類（薬手帳、紹介状、身体障害者手帳、医療減額証など）お持ちであればご提出願います。

次の1～9にお答えください。適切な診療のためにできるだけ詳しく記載してください。

1) 今日どのような症状、きっかけで受診されましたか。

受診のきっかけ []

症状について当てはまるものに☑チェックしてください。

特に感じている症状はない

目や皮膚の黄色い発疹 アキレス腱の腫れや靴擦れ 胸の痛み
動悸 めまい 手足のしびれ 足の冷感や痛み 足のむくみ

他 []

本日ききたいことはありますか。

[]

2) 高脂血症（脂質異常症）の治療経験について教えてください。

他院に通院したことがありますか。

いいえ はい	いつから： 診断年齢 歳
	病院名：
	診断のきっかけ：

お薬を飲んだことがありますか。

いいえ はい	飲み始めた年齢 (歳頃)
	内容をお書きください。 お薬手帳ご持参の方は記入不要です。

3) ご家族に下記の疾患の方はいますか。○をしてください。

高脂血症（脂質異常症） 父 母 兄弟 子 祖父 祖母 おじ おば 他()
心筋梗塞・狭心症 など 父 母 兄弟 子 祖父 祖母 おじ おば 他()
脳梗塞・脳出血 など 父 母 兄弟 子 祖父 祖母 おじ おば 他()
その他血管疾患 父 母 兄弟 子 祖父 祖母 おじ おば 他()

その他血管疾患...急性大動脈解離、大動脈瘤、慢性閉塞性動脈硬化症、静脈瘤、深部静脈血栓症 ほか

裏面もあります

4) 今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか。

いいえ はい

かかったことのある病名に☑チェックをつけてください。

心筋梗塞・狭心症など	脳梗塞・脳出血など	高血圧症
糖尿病	睡眠時無呼吸症候群	甲状腺疾患
慢性腎臓病	他()	

喘息がある場合は必ず記入願います

入院歴： なし あり 病院名()
いつ頃()

現在も飲んでいる薬： お薬手帳ご持参の方は記入不要です。

5) タバコは吸ったことがありますか。ある場合は時期と本数を教えてください。

いいえ はい

今も吸っている	1日	本()	歳から)
今は吸っていない	1日	本()	歳から 歳まで)

6) お酒は飲みますか。飲む場合は内容(頻度・種類・量)について詳しく教えてください。

いいえ はい

内容： 例)週3回 ビール350ml缶2缶、焼酎水割り1杯

7) 今までの体重変化について教えてください。

20歳の時の体重 _____ kg

過去の最大体重 _____ kg (_____ 歳頃)

最近の体重変化 なし ・ あり (_____ ヶ月で _____ kg 増 ・ 減)

8) お薬や食べ物のアレルギーはありますか。ある場合は内容も教えてください。

いいえ はい

○を付けてください。

お薬 :

食べ物 :

9) 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか いいえ はい

妊娠予定、希望はありますか いいえ はい

本日月経中ですか いいえ はい

出産予定日 月 日

現在第 週

妊娠前の体重 kg



ご記入ありがとうございました。
ご来院時に受付にご提出願います。