

□ 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）
氏名		cm
		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) 今日はどのような症状、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

※2枚目もあります

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（　　　　　　　）	

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。

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）

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

● 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)

いいえ はい

お薬	:	
食べ物	:	

● 現在妊娠中ですか	いいえ	はい	⇒	出産予定日	月	日
● 妊娠予定、希望はありますか	いいえ	はい		現在第	週	
● 本日月経中ですか	いいえ	はい		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。