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

☆　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

※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

※喘息がある場合は必ず記入願います

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。

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。

お知らせ（2022.11.14）

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努めています。
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いたします。