

□ 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		保険証の提示方法（○で囲む）		身長（おおよそ）	
氏名		<input checked="" type="radio"/> マイナ / <input checked="" type="radio"/> 保険証 / <input checked="" type="radio"/> その他		cm	
				今日の体重	
職業		生年月日		今日の血圧（上/下）、脈	
		年 月 日			
住所	〒 -				
電話番号		自宅		※血圧計、体重計が無ければ クリニックで測定して下さい。	
		携帯			

☆ 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

