

□ 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		マイナ / 資格確認証 / その他		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	※血圧計、体重計が無ければクリニックで測定して下さい。				
	自宅 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) 【受診目的】今日はどのような症状、きっかけ、交通手段で受診されましたか。

- 最初に知ったきっかけ（1つだけ）

看板 ☐道路 ☐JR ☐地下鉄 ☐その他 ()

インターネット ☐HP ☐検索 ☐Googleマップ ☐記事・SNS ☐その他 ()

記事 ☐ 雑誌 ☐ 新聞 ☐ 医療機関からの紹介 ☐ ご家族・知人からの紹介

□その他 ()

- ## ● 交通手段

地下鉄 ☐南北線☐東豊線 ☐JR ☐バス ☐車 ☐徒歩 ☐その他 ()

- 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

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。			

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

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 ○を付けてください。	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



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。
医療情報取得加算（初診時）：1点