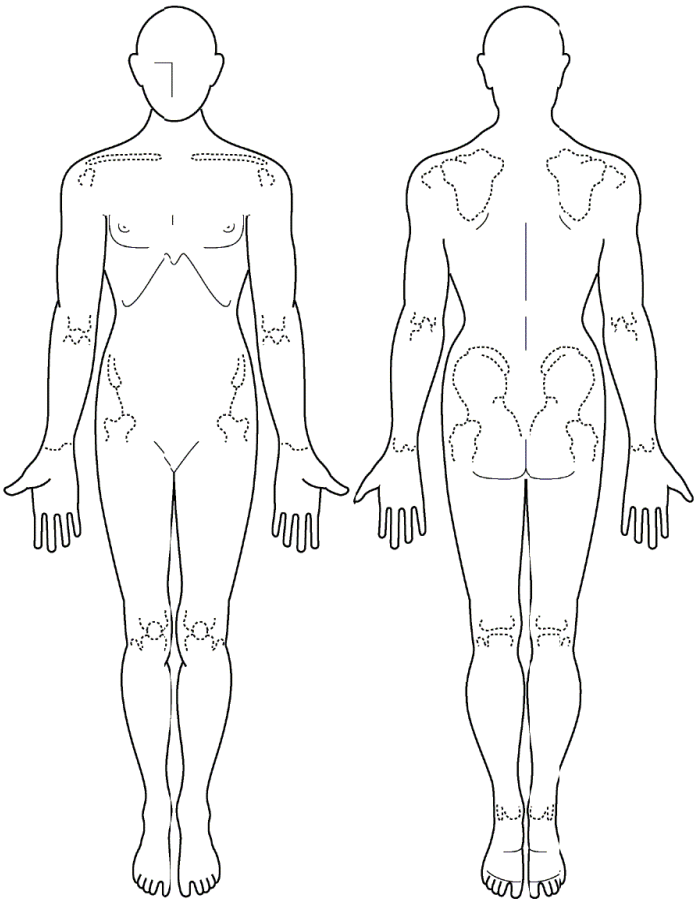


※この枠の中を記入して下さい。 medical interview sheet

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------|
| NAME フリガナ 氏名 | Surname First name 男 女 | Address 住所 | 〒 |
| D.O.B 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日生 (西暦 年) (歳) | TEL 電話・携帯 | Home or Mobile or Work - - |
| Occupation 職業 | | Email メール | |
| 紹介者 | How did you hear about us? 1. WEB (HP・エキテン・facebook・ほか) 2. 新聞／雑誌 (News paper etc.) 3. 友人 (Friends) 病院 (Hospital) など 4. その他 (Others) | 未婚・既婚 歳 (子供 人) ・離婚・死別 スポーツ 歴 | Sport (週 回) |
| 食事 食/日 食欲 有・無 好きな食べもの 毎日食べるもの 良く食べるもの | 身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg (最近の増減 無・有) 視力 右 左 コンタクト 不使用・使用 (ソフト・ハード) 平熱 °C アレルギー 無・有 () その他 | | |
| ※痛み、凝り、痺れなど不快を感じるところに○ 印または線を引いてください。  | What is/are your main complaint(s)? 一番つらい所はどこですか？(病名) _____ _____ _____ いつ頃から、どのような症状が起きましたか？ (発症日時・部位・病状・経過) _____ _____ _____ 病院に行きましたか？ 治療中・経過観察中・診断のみ ・その他 () 治療内容など | | |
| FAMILY MEDICAL HISTORY (s) 家族歴 ※血縁関係にある方の病気歴(いつ、病名、経過) 父 _____ 母 _____ その他 _____ | 現在服薬中の薬 _____ サプリメント _____ 嗜好品 酒 無・有 (回/週) (日本酒・ ビール・焼酎・ウイスキー・他) 煙草 無・有 (本/日 × 年) その他 _____ 睡眠 起床 時 分 就寝 時 分 寝付き(良・悪)、寝汗(有・無) 夢(有・無)、いびき(有・無)、はぎしり(有・無) 尿 _____ 回/日 ※気になること (色 泡 匂い 残尿感 痛み 他) 便 _____ 回/日 ※気になること (下痢 便秘 血 痔 他) | | |