

AOHAL CLINIC (アオハルクリニック) 問診表

共通

院内備考欄

記載日: 年 月 日

ID: _____

フリガナ					性別		
氏名					男	・	女
住所	〒 ー 都道府県						
TEL (ご自宅)	() ー	TEL (携帯)	() ー				
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	血液型		身長		cm	
Email	@						
ご職業							
職種	会社経営 役員 管理職 営業 販売職 サービス業 事務職 研究職 技術職 現業職(力仕事・作業員など) その他()						
未既婚	未婚 ・ 既婚				子供		人
家族環境	親と同居 ・ 一人暮らし ・ その他						
病歴など	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ ウイルス性肝炎 甲状腺疾患 ・ 膠原病 ・ 脳血管疾患 ・ 心臓病 ・ 血栓症 ・ ケロイド体質 癌 () ・ ペースメーカーをつけている ・ その他()						
現在受けている治療	無 ・ 有	(詳細 :)					
不調など	頭痛 ・ 貧血 ・ 腰痛 ・ 不眠 ・ 低血圧 ・ 目の疲れ ・ 冷え症 疲れやすい ・ ストレス ・ その他()						
現在使用中の薬・サプリメント・外用薬など	(外用薬名)						
	(内服薬名)						
	(サプリメント名)						
妊娠 もしくは妊娠の可能性 ※	無 ・ 有	(週目)					
生理周期 ※	一定 ・ やや不定期 ・ 不定期 (最終生理日: / ~ /) ・ 閉経						
生理痛 ※	無 ・ 有	(薬の服用 : 無 ・ 有)					
感染症	無 ・ 有	(薬の服用 : 無 ・ 有)					
アレルギー	無 ・ 有	花粉症 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ 食物(種類:) ・ 金属 喘息 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 医薬品() 麻酔(血圧低下 ・ 悪心 ・ 嘔吐 ・ 吐き気) ・ その他()					
睡眠	(時間/日) (睡眠の状態 : 寝付きが悪い ・ 何度も起きる ・ 熟睡 ・ その他)						
食事	好き () 嫌い ()						
運動	無 ・ 有	(運動の種類:) (運動の頻度:)					回/週
飲酒	無 ・ 有	(お酒の種類:) (量)					回/週
喫煙	無 ・ 有	(量 本/、喫煙歴 年) ・ 過去に吸っていたが止めた					
便秘	良好 ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい						

※裏面もご記入ください。

