

問診票

保険証 記号 - 番号	-	氏名	
Pep Up登録状況 ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 登録未 ※御礼のポイントをお受け取りいただくため、近日中にご登録お願いします。		

TEL : - - ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください

※次の質問項目について、該当するものに☑をしてください。(必ず、すべての質問にお答えください)

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的な喫煙の目安 合計100本以上吸っている、6か月以上吸っている、最近1か月間吸っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	既往歴（疾病歴）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	具体的な既往歴	
9	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	具体的な症状所見	
10	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	他覚所見	