

2. 日常生活について

喫煙歴 番号を○で囲み、()内を記入してください。

① 吸わない	
② 現在吸っている	()歳から、1日平均()本吸っている。
③ 過去に吸っていた	()歳から()歳まで、1日平均()本吸っていた。
④ 自分は吸わないが、周囲に吸う人がいるのでタバコの煙を吸ってしまう	場所: <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他() 年数: ()年

最近1ヶ月ぐらいの健康状態について該当する項目すべてに○をつけて、項目の()内についてご記入ください。

- ・ 食欲が低下してきた。
- ・ 体重が減った。(1ヶ月に kg)
- ・ 頭痛がする。
- ・ のぼせる。
- ・ 耳鳴りがする。
- ・ 物忘れがひどくなった。
- ・ 吐き気のすることがある。
- ・ 下痢しやすい。
- ・ 便秘しやすい。
- ・ 便が細い、出にくい。
- ・ 便に血が混じることがある。
- ・ せき・痰が出やすい。
- ・ 体を動かすと、息切れがする。
(いつ: 持続時間: 分)
- ・ 胸がきゅーと締めつけられることがある。
(いつ: 持続時間: 分)

その他、気になる症状があれば下記にご記入ください。

インフルエンザ注(/ ・ 右・左・ー)

女性の方のみお答えください。

- 豊胸術を受けられたことがありますか? (ない ・ ある)
 - 現在、月経はありますか? (閉経した()歳 ・ ある)
- 「ある」に○をした方のみお答えください。

月経周期	()日 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順
最終月経	月 日 ~ 月 日
月経痛	ない ・ ある

月経過多	ない ・ ある
現在、妊娠の可能性はありますか?	ない ・ ある

■クリニック記入欄

(おりものシート・尿パット・紙おむつ・ナプキン・タンポン)使用中

※以下は記入しないで下さい。

基	身長(cm)
本	体重(kg)
検	血圧()
査	脈拍()
	食事()
	Kot()

次回診察日 年 月 日

担当

IV : (M造 ・ M単 ・ 臨 ・ MG)

医師

F D R : 持帰 ()

技師