

6、 血縁関係のあるかたで次の疾患の方はおられますか？

がん： (部位) 高血圧： 糖尿病：

心臓病： 脳卒中： 精神疾患：

その他：

7、 生活習慣について教えてください

★喫煙(電子タバコ含む):なし・あり(歳～一日 本) 過去に喫煙(歳～ 歳一日 本)

★飲酒：なし・機会飲酒・定期飲酒(1週間に 日)何をどのぐらい()

★運動：なし・あり(1週間に 日、1日 分、種類：)

★食欲：良好・減退・増加 ★睡眠：良好・不良(時間)

★体重変動：減少・なし・増加 (程度：)

★便秘：定期的・下痢・便秘(日 回)

★1か月以内の海外渡航歴：なし・あり(国名：) ★ペット：なし・あり()

★健康診断：なし・あり(いつ： 年 月頃)実施された検査に○をつけてください

(血液・尿・胸部レントゲン・心電図・その他：)

★(女性の方へ)現在妊娠の可能性はありますか？はい・いいえ・わからない

最終月経： 年 月 日～ 日間 ・ 閉経(歳)

8、 診察により、悪性の疾患が考えられる場合、告知を希望しますか？

・希望する(1自分だけで 2家族と一緒に) ・希望しない

9、 城医院に来院されたきっかけを教えてください。

1 過去に通院歴あり 2 家族が通院中 3 紹介(病院、知人) 4 H Pをみて 5 近くを通りかかったから

6 その他()