

**問　診　票**

【健康増進・アンチエイジング用】

ID：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな**記入者名** |  | 続柄 |  | 記入日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

**患者様情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな**氏 名** |  | 男　女 | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 才 |
| **住 所** | 〒   | TEL |  | - |  | - |  |
| 携帯 |  | - |  | - |  |
| FAX |  | - |  | - |  |
| **緊急連絡先** | 続柄　 | TEL |  | - |  | - |  |
| (ご本人以外) | 氏名　 | 携帯 |  | - |  | - |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **婚姻の状態** | 未婚 | 既婚 | 離婚 | 未亡人 | こども | 無・有 |  | 人 | **身長** |  | ㎝ | **体重** |  | ㎏ |
| **家族構成** |  | 現在及び以前の**職業** |  |
| **現在通院中の病院** | 無・有　 |  |
| **有の場合病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　病名：** |
| **既往歴：** |
| **糖尿病** | 無・有 |  **有の場合インシュリンの使用** 無・有 |
| **家族の病歴** （特筆する病気があれば続柄と病名）： |
| **アレルギー疾患** | 無・有　　食物・金属等： |
| **薬物アレルギー** | 無・有 | 有の場合薬品名： |  |

**現在内服している薬があればご記入ください**

|  |
| --- |
|  |

**現在摂取しているサプリメントがあればご記入ください**

|  |
| --- |
|  |

**相談内容**

|  |
| --- |
|  |