

生活習慣病合併症精査問診票

名前 _____ 年齢 _____ 才 性別 男 女
身長 _____ c m、体重 _____ k g、腹囲 _____ c m（臍位で測定）
現在当院 _____ 科、診療所 _____ に通院中。

タバコ

- 吸った経験はありません。
- 禁煙中、1日 _____ 本 _____ 年間吸ったが、 _____ 年前から禁煙。
- 喫煙中、1日 _____ 本 _____ 年間吸っている。

アルコール

- 飲まない
- 時々飲むが、お酒を飲まない日は、1週間で _____ 日ある。
- 毎日飲む。
- 飲む場合、お酒の種類は、 _____ を _____ ml

今までに異常と言われたものは？

- 血糖は _____ 年前に指摘されたことがあります。
- 血圧は _____ 年前に指摘されたことがあります。
- コレステロールか中性脂肪は _____ 年前に指摘されたことがあります。
- 痛風か高尿酸血症は _____ 年前に指摘されたことがあります。
- 他に持病は（ _____ ）です。

現在処方中のお薬は？

- ありません。
- 糖尿病の薬、血圧の薬、コレステロールや中性脂肪の薬、
- 痛風や高尿酸血症の薬、
- その他（ _____ ）

★検査結果解析には1日程度かかります。重大な異常があれば、当院より連絡いたしますので、検査結果確認のために来院される必要はありません。重大な異常がない場合は、当院または診療所での次回診察時に、主治医より結果説明していただきます。

**脳梗塞・心筋梗塞解析に重要なデータですので、
もれなく正確にご記入お願いいたします。**