2020/11/01作成日

免疫力改善プログラム問診票　　/　　/

氏名	性別	生年月日(西暦)	ID(スタッフガ記入致します)
	男　女	年　月　日	

現在通院中の疾患	あてはまるところにチェックを付けて下さい。
	☐　高血圧　☐　高尿酸血症　☐　慢性腎不全　☐　高脂血症
	☐　糖尿病　☐　自己免疫疾患(　　)
	☐　その他かかりつけの病気:
過去の疾患歴	・病気の詳細：
	・入院歴(時期・期間)
	・手術歴(時期・内容)
服用薬	現在服用中の薬・サプリメント：　有　無
	⇒有る場合の薬剤名・サプリ名：
アレルギー	アレルギーの有無：　有　無　※ありの方は以下のご確認下さい
	☐　花粉症　☐　ハウスダスト　☐　動物　☐　金属　☐　食物
	☐　ペニシリン系抗生物質　☐　アスピリン等の解熱鎮痛剤
	☐　詳細または、その他(　　)
喫煙歴	☐　現在タバコを吸っている　☐　以前タバコを吸っていた
	⇒喫煙期間：　年　1日あたりの本数：　本
	☐　吸ったことがない
飲酒歴	☐　お酒を飲む　⇒　週当たりの回数　回
	1回あたりの平均量：　㎖・合
	☐　お酒を飲まない
家族歴	家族が高血圧、脂質異常症、糖尿病、がんなどの疾患がある。診断があったことがある。
	父：　母：
	兄弟姉妹：　祖父母：

スタッフメモ欄