

ハートプラス検診問診票

お名前

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

(1) 今までに指摘されたご病気はありますか。

なし 心臓病 脳卒中 高血圧症 糖尿病 脂質異常症

その他 (_____)

(2) 現在服用中の薬がありましたら、下記にご記入ください。

(_____)

(3) 血縁の方で心臓の病気を指摘された方はいますか。

いいえ

はい (病名: _____ 続柄: _____)

(4) 生活習慣について

喫煙歴: 吸ったことがない 現在吸う(_____)本/日 合計(_____)年

今は吸わないが過去に吸っていた(_____)本/日(_____)歳~(_____)歳まで

飲酒: 飲まない

飲酒する (_____) ml/日 週に (_____) 回 種類 (_____)

食事： 不規則 偏食が多い 間食が多い 塩辛いものが好き

甘いものが好き 油っこいものが好き 該当するものがない

(5) ハートプラス検診を受けられるきっかけは何ですか。

ホームページ インスタグラム YouTube 院内掲示物

案内チラシ 広告 その他 ()

(6) その他、気になることや心配なことはありますか。

()

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

医療法人伯鳳会 東京曳舟病院