

メディカル問診票

実施日 年 月 日

フリガナ	
お名前	
住所	〒
生年月日	昭和 年 月 日生 歳 平成
自宅電話	
携帯電話	

連絡のつきやすい時間帯： 月 日 時頃

◎生活習慣病（糖尿病・高脂血症・高血圧症）の薬を服用されていますか。
・はい ・いいえ

※はいの方はお薬の内容またはお薬手帳
内容：

◎既往歴・家族歴

病院記入欄

血压	/	HDLコレステロール	
脈拍		LDLコレステロール	
メディカル 該当 ・ 非該当		中性脂肪	
		HbA1C	

・本人連絡 / () 済 ・ 未
・初回診察予約 / () 済 ・ 未