

5. 現在服用している薬がありますか。 はい いいえ

服薬している薬がありお薬手帳をお持ちの方は受付窓口へ提出してください。

お薬手帳を未所持の方は服用している薬をご記入ください。

6. 高血圧・糖尿病・緑内障にかかったことがありますか？あるいは現在かかっていますか？

はい（高血圧・糖尿病・緑内障） いいえ

7. アレルギーはありますか？ はい（薬・食べ物・花粉症・喘息・アトピー・その他） いいえ

8. 眠り具合はいかがですか？ （ 良い・悪い・とても悪い ）

9. 食欲はいかがですか？ （ 良い・普通・低下 ）

10. お通じ（排便）はいかがですか？ （ 毎日ある・2～3日毎にある・便秘・下痢 ）

11. （女性のみ）生理は順調ですか？ （ 順調・不順・閉経 ）

12. （女性のみ）現在妊娠中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

13. お酒を飲みますか？ （ 全く飲まない・時々飲む・毎日飲む 1日 合 ）

14. たばこを吸いますか？ （ 吸わない・吸う 1日 本 ）

15. 今日、診察にいらしたのは主にどなたの意思・希望ですか？（複数回答可）

（ 本人の意思・家族のすすめ・友人や知人のアドバイス・その他 ）

16. そのほか何かありましたら、ご記入ください。