

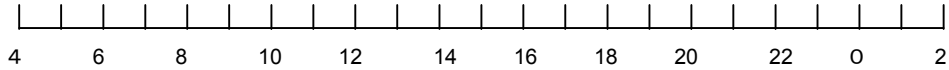
現在の生活習慣について

Q5.過去の最大体重について

過去の最大体重 () kg () 歳の時

20歳の時の体重 () kg

タイムスケジュール



Q6. 栄養状況

食事内容 朝() 昼() 夕() 間食()
調理者()

Q7. タバコを吸いますか

いいえ はい (1日 本)

Q8. お酒は飲まれますか

いいえ はい (おおよその回数と量)

Q9. 運動

特にしていない
 毎日 週 () 回 月 () 回
運動内容 () 運動時間 () 分

Q10. 仕事

- 軽労作 : デスクワークが主の人、主婦など
- 普通の労作 : 立ち仕事が多い職業
- 重労作 : 力仕事が多い職業

Q11. これまでに飲み薬や注射で副作用の出たことがありますか

いいえ はい (薬の名前と副作用の症状について、わかる範囲で記入してください)

(.....)
(.....)

Q12. 女性の方、妊娠についてお尋ねします

現在妊娠中ですか

- いいえ
- はい (予定日 平成____年____月____日 現在____週) 妊娠の可能性ある 不明

Q13. 当院を選ばれた理由に○をつけてください(複数回答可)

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
2. 家族がすみれ病院にかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 他の病院・医院から紹介された
5. すみれ病院を紹介している雑誌・本を見た
6. すみれ病院のホームページを見た
7. その他

Q14. 最後にもしあなたの病気が、がんであった場合にご自分に病名を知らせてほしいですか

1. 自分に知らせてほしい
2. 自分には知らせないでほしい
3. 初期のがんで治る見込みのあるときだけ知らせてほしい
4. わからない