



<p>大病（手術、入院、骨折、交通事故など）の経験はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ  「はい」とお答えの方 ⇒ 内容： _____ 年前</p>				
<p>ご家族・肉親で遺伝的な病気の傾向がありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ  「はい」とお答えの方 ⇒ 病名： _____</p>				
<p>現在次のお薬を使用していますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ  「はい」とお答えの方 ⇒ <input type="checkbox"/>血液凝固防止剤（血液を固まりにくくする薬：ワーファリン・ウロキナーゼ・ヘパリンなど）、<input type="checkbox"/>バファリン <input type="checkbox"/>アスピリン</p>				
<p>アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ  「はい」とお答えの方 ⇒ どのようなアレルギーですか  <input type="checkbox"/>花粉症（ _____ 花粉） <input type="checkbox"/>金属アレルギー（特にニッケル） <input type="checkbox"/>食べ物（ _____ ）</p>				
家族歴	父母	健在・治療中・他界 病名 ( _____ )	配偶者	健在・治療中・他界 病名 ( _____ )
	兄弟	健在・治療中・他界 病名 ( _____ )	子供	健在・治療中・他界 病名 ( _____ )
日常生活についてお聞きします				
<p>1. ご職業 専業主婦・会社員・公務員・自営業・パート、アルバイト・学生  その他 ( _____ )  お仕事の職種は何ですか？ 事務・営業・販売・その他 ( _____ )</p>				
2. 起床 ( _____ 時 _____ 分頃) 就寝 ( _____ 時 _____ 分頃)				
3. 通勤方法は？ 電車・バス・自転車・徒歩・その他 ( _____ ) 片道 時間 _____ 分位				
4. 勤務時間は？ ( _____ : _____ ~ _____ : _____ まで) 1日の平均残業時間 ( _____ 時間くらい)				
5. お休みはいつですか？ (例：土、日が休み)				
6. 日頃何か運動をしていますか？				
7. 運動以外で健康に気をつけている事はありますか？				
8. 胃の状態 → 食欲 (旺盛・普通・不振) 胃痛 → <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (空腹時・食後・いつも)				
<p>9. 冷えはありますか？ → <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし  「あり」とお答えの方 → <input type="checkbox"/>お尻 <input type="checkbox"/>腰 <input type="checkbox"/>お腹 <input type="checkbox"/>足首から下 <input type="checkbox"/>膝から下 <input type="checkbox"/>足の指先  <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>				
10. 嗜好品についてお聞きします				
<p>タバコは？ <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う → 1日 _____ 本くらい  アルコールは？ <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む → 週に _____ 回くらい  飲む場合、おもに飲むのは ⇒ ビール・日本酒・ウィスキー・ワイン・焼酎</p>				
<p>11. 好んで食べる物は？ <input type="checkbox"/>甘い <input type="checkbox"/>しょっぱい <input type="checkbox"/>酸っぱい <input type="checkbox"/>辛い <input type="checkbox"/>脂っこい  <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>				