

プレコンセプションケア 問診表

検査結果説明および助言・相談を行うための基礎資料として使用します
該当する項目に☑または記入してください

I. 基本情報 (全員)

氏名	:	
生年月日	:	年 月 日 (歳)
性別	:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
身長	:	cm
体重	:	kg
BMI	:	体重kg / (身長m × 身長m)
血圧	:	/ mmHg

II. 生活習慣について (全員)

1. 喫煙

- 吸わない 過去に吸っていた (_____ 歳 ~ _____ 歳)
 現在吸っている (1日 _____ 本)

2. 飲酒

- 飲まない 時々飲む (週 _____ 回)
 ほぼ毎日 (1日 _____ 合 / 本)

3. 運動習慣

- ほぼしない 週1~2回 週3回以上

4. 睡眠

平均睡眠時間: _____ 時間

- よく眠れている 眠りが浅い / 不眠がある

III. 既往歴・現在の病気 (全員)

以下について、該当があれば☑してください

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症
 腎臓病 甲状腺疾患 肝臓病 (B型・C型肝炎含む)
 貧血 性感染症の既往 (_____)
 その他 (_____)

現在治療中・内服中の薬があれば記入してください

(サプリメント・漢方含む)

--

裏面へ続く

