神戸ハーバーランド
免疫療法クリニック

問診票（ID：　　）

来院日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名		性別	生年月日	年　月　日 歳
身長：　　cm　／　体重：　　kg				
住所	〒			
電話番号	自宅：　　携帯電話：			

該当する項目にチェックを入れてください

感染症の有無	□ＨＢｓ　□ＨＣＶ　□ＨＩＶ　□トレポーマ　□なし
既往歴	□ なし □ 脳血管系疾患（　　）□ 心疾患（　　） □腎疾患　（　　）　□胆石 □ 高血圧　□ 糖尿病　□高脂血症　□ 痛風　□ 喘息 □ 骨粗鬆症　□ アトピー性皮膚炎 その他・具体的に（いつから発症し、どんな治療をしたかをお書きください。） 手術歴：□あり　□なし 輸血歴：□あり　□なし 出産時：□出血傾向あり　□なし
現在内服中の薬	**アレルギーのある薬**　□なし □あり（薬剤名を記載：　　）

神戸ハーバーランド
免疫療法クリニック

家族の既往症	□ なし　□ あり 病気のあった家族（○で囲んでください）→　母　・　父　・　兄弟姉妹 □ 高血圧　□ 糖尿病　□ コレステロール・中性脂肪↑　□ 尿酸↑ □ 心疾患　□ 不整脈　□ 癌　□ 結核　□ 精神科疾患 その他 ［　　］
喫煙	□ なし　□ あり　□ やめた（　　まで吸っていた） １日平均　（　　）本 × （　　）年間
飲酒	□ なし　□ あり　□ やめた（　　まで飲んでいた） 飲酒回数：□ 時々　□ 週（　　）日　□ 毎日 平均飲酒量/日：□ １合未満 □ ２合未満 □ ３合未満 □ ３合以上 ● 清酒１合（180mｌ）の目安：ビール中瓶１本（500ml）、焼酎 35 度（80ml）、ウイスキーダブル１杯（60ml）、ワイン２杯（240ml）
幹細胞治療に期待する事	