ファックス専用質問用紙

FAX ： 076-234-4271

お名前（匿名でも結構です）：

住所（県市町村名だけでも結構です）：

電話番号（書かなくても結構です）/ FAX番号：　　/

メールアドレス（お持ちの方のみ）　：　　@

身長(cm) / 体重(Kg)：　　cm　/　　kg

血清コレステロール値：　　mg/dl

血清トリグリセライド値（中性脂肪）：　　mg/dl

HDL-コレステロール値：　　mg/dl

狭心症はありますか？：　☐ はい　☐ いいえ

心筋梗塞はありますか？：　☐ はい　☐ いいえ

脳卒中はありますか？：　☐ はい　☐ いいえ

血圧は高いですか？：　☐ はい　☐ いいえ

糖尿病はありますか？：　☐ はい　☐ いいえ

その他の症状：

ご家族の血清コレステロール値：　　mg/dl　　mg/dl　　mg/dl

　　mg/dl　　mg/dl　　mg/dl

　　mg/dl　　mg/dl　　mg/dl

あなたのご質問は何でしょうか？：