

氏名 _____

体温	°C
身長	cm
体重	kg

1. 今日はどこが悪くて来られましたか？その症状はいつ頃からですか？

- * 紹介状(あり・なし) * 健診等のデータ(あり・なし)
- * 今日の症状で他の病院にかかられていますか？(はい・いいえ)
- * 本日食事はされていますか？(はい: 時頃 ・いいえ)

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか？(はい・いいえ)

- 1) 病名
- 2) 病院・医院名
- 3) 現在、内服している薬はありますか(はい・いいえ)
内服している薬の種類を教えてください

3. 過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？(はい・いいえ)

いつですか？: 病名:

4. 下記の質問にお答えください

- 1) 今までに薬や食品でアレルギー症状を起こしたことがありますか？(はい・いいえ)
- 2) お酒は飲みますか？(飲む:1日量 、週 回・飲まない)
- 3) たばこは吸いますか？

(吸う:1日 本 年間 ・吸っていたが辞めた:1日 本 年間 歳まで
・吸ったことがない)

4) さしつかえなければご職業をお聞かせください()

5. 血縁者で下記の病気に掛かれた方があれば、○をつけてください

心臓病・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病・胃腸の病気・癌(部位)

6. 女性の方にお尋ねします。妊娠している可能性がありますか？(はい・いいえ)