

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

携帯番号 \_\_\_\_\_

1: 本日はどうされましたか? (体温 \_\_\_\_\_ °C)

[

]

: その症状はいつからですか? ( \_\_\_\_\_ ) 前から

2: 糖尿病・高血圧・喘息などありますか? あてはまるものに○を付けて下さい。

(糖尿病) ・ (高血圧) ・ (喘息)

3: 現在服用のお薬はありますか? ( はい ・ いいえ )

薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

4: 今まで大きな病気や手術を受けられた事がありますか? ( はい ・ いいえ )

・ どのような病気や手術を受けられましたか? ( \_\_\_\_\_ )

5: 血縁の方に下記の病気の方はいらっしゃいますか? ( はい ・ いいえ )

がん → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子      高血圧 → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子  
糖尿病 → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子      脳卒中 → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子  
心筋梗塞 → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子

6: たばこは吸われますか? ( はい ・ いいえ )

7: お酒は飲みますか? ( はい ・ 時々 ・ いいえ )

8: アレルギーはありますか? ( はい ・ いいえ )

・ どのようなアレルギーがありますか? ( \_\_\_\_\_ )

13歳以下の方... 卵アレルギーですか? ( はい ・ いいえ ) 牛乳アレルギーですか? ( はい ・ いいえ )

9: お薬を飲んで発疹が出たりや体調が悪くなったことがありますか? ( はい ・ いいえ )

どのようなお薬で発疹や体調が悪くなりましたか? ( \_\_\_\_\_ )

10: ※女性の方のみお答え下さい

・ 妊娠していますか? (はい・いいえ) ・ 授乳中ですか? (はい・いいえ)