

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳 身長 体重 \_\_\_\_\_

## 1. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？

- ある（薬品・消毒薬： \_\_\_\_\_ 食品： \_\_\_\_\_ その他： \_\_\_\_\_）  
 なし

## 2. 今日はどのような症状で受診されましたか？○を付けてください。

いつ頃からですか？	どのような症状ですか？
-----------	-------------

## 3. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

- ある       なし

何歳ごろ	病名
------	----

## 4. 現在、治療している病気がありますか？

- はい（病名 \_\_\_\_\_）       いいえ  
 薬剤（ \_\_\_\_\_ ）

## 5. 喫煙

- ある 本/日 \_\_\_\_\_ 禁煙歴（ \_\_\_\_\_ ）より禁煙       なし

## 6. 飲酒

- ある 本/日 \_\_\_\_\_ 種類(ビール・焼酎・日本酒・その他 \_\_\_\_\_)       なし

## 7. 今朝は、食事をされましたか？

- はい       いいえ

## 8. 今朝、排便はありましたか？

- はい       いいえ

## 9. 家族(親、兄弟、姉妹)に何か病気がありますか？

★ 例えば・・・癌、糖尿病、結核、高血圧、その他

- はい       いいえ

どなたですか？	病名
---------	----

☆女性の方は、以下の質問にお答えください。

妊娠： していない     わからない     している( \_\_\_\_\_ 週)

授乳中： はい       いいえ