

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？

いつ頃からですか？ 本日受診された一番の症状は、どのような症状でしょうか？

## 3. 他に当てはまる症状がありましたら、お書きください。

## 4. 現在、他の科または他の病院に通院されていますか？

- はい 病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_  
 薬剤： \_\_\_\_\_  
 いいえ

## 5. 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 \_\_\_\_\_

## 6. 喘息がありますか？

- ある  なし

## 6. 喫煙

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

## 7. 飲酒

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

## 8. 排便 \_\_\_\_\_ 回/日 便の状態（便秘・下痢・下剤内服している・その他 \_\_\_\_\_）

## 9. 家族（親、兄弟、姉妹）に何か病気がありますか？

★例えば・・・心臓病、高血圧、脳卒中、癌、突然死など

- はい（病名 \_\_\_\_\_）  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