

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. 食欲はありますか？

- 普通 ない

8. 排便について

★ 何日に何回くらいありますか？ () 日に () 回くらい

★ 便の色は？ 茶色 黒色 赤色

9. あなたは(たとえ癌であっても)医師からすべての検査結果、病名、治療方法の説明を受ける

ける
 ことを希望しますか？

- はい いいえ わからない

10. あなたのご家族が、医師から検査結果、病名、治療方針の説明を受けることに同意しますか？

- はい いいえ わからない

☆ 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