

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳

身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ 度 BP(右) \_\_\_\_\_ (左) \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

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. 今日どのような症状で受診されましたか？

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

症状のある箇所へ印を付けてください。



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

☆ 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