



お名前	フリガナ	性別	生年月日	
		男・女	明・大・昭・平	年 月 日
ご住所	〒 -			体温: _____℃
電話番号	() -			検: 有・無

該当する部分を○で囲ってください

① 今日はどうされましたか？ また、それはいつごろからですか？

発熱 頭痛 腹痛 咳 下痢 嘔吐 発疹 動悸 予防接種 健康診断

その他 ()

いつから ()

② 現在飲んでいるお薬はありますか？

はい(お薬名:) ・ いいえ

③ いままでに手術を受けたことがありますか？

はい() ・ いいえ

④ いままでにかかった病気はありますか？

・はい(糖尿病・高血圧・ぜんそく・高脂血症・脳梗塞・前立腺肥大・リウマチ・緑内障・
胃潰瘍・狭心症・心筋梗塞・肝疾患・腎疾患・その他: _____)

・いいえ

⑤ アレルギーはありますか？

はい() ・ いいえ

⑥ 女性の方へ

現在妊娠中か妊娠の可能性はありますか？ はい(_____ ヶ月) ・ いいえ

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑦ 日常生活についてお答えください(○で囲ってください)

睡眠: よく眠れる ・ 眠りが浅い ・ 不眠が多い

便秘: 毎日 ・ 下痢気味 ・ 便秘(_____ 日に1回)

飲酒: 飲まない ・ 週1日 ・ 週2~3日 ・ 週4~6日 ・ 毎日(量: _____)

喫煙: 吸わない ・ 禁煙中 ・ 吸う(量: _____ ~ _____ 本/日)

⑧ ご家族についておたずねします ご家族に以下の病気の方がいますか？

・はい(ぜんそく アレルギー 腎臓病 糖尿病 心臓病 けいれん 高血圧 結核)

・いいえ

ご協力ありがとうございました