

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別：男・女 _____

1. 連絡先（具合が悪くなった時などに連絡のできる方）

氏名 _____ 続柄： _____ 電話番号 _____

2. 病気について いつから、どのような症状がありますか

.....

3. 既往歴 今までにかかったことのある病気を教えてください

病名	年齢	その後の経過	病院名
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> なおった	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> なおった	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> なおった	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> なおった	

4. ご家族（血縁関係のある方）の病気について教えてください

心臓病（誰： _____ ） 脳の病気（誰： _____ ） がん（誰： _____ ）
高血圧（誰： _____ ） 糖尿病（誰 _____ ）

5. 輸血を受けたことがありますか

ない ある _____ 歳の頃 理由・病気 _____

6. 現在、服用している薬はありますか

ない ある *診察の時にお薬手帳などを見せていただく事があります。準備をしておまち下さい。

7. アレルギーはありますか

薬：ない ある（ _____ ） 食べ物：ない ある（ _____ ）
 その他：ない ある（ _____ ）

8. アルコールは飲みますか

飲まない 飲む →週 _____ 回くらい飲む
 どのくらい飲みますか（日本酒 _____ ml・ビール _____ ml・ワイン _____ 杯・焼酎 _____ 杯）

9. タバコを吸ったことがありますか

ない ある→現在は吸っていない方 1日平均 _____ 本 _____ 歳頃から _____ 歳まで吸っていた
 →現在も吸っている方 1日平均 _____ 本 _____ 歳頃から現在まで

10. 本日は朝食（昼食）を食べてきましたか

はい いいえ

11. 1ヶ月以内に海外に渡航しましたか

ない ある 国名 _____ 期間 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで

12. 女性の方へ

現在、妊娠はしていますか はい いいえ 最終生理 _____ 月 _____ 日

病院で記入します	来院状況（ 独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ）
身長 _____ cm	体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ / mmHg 脈拍 _____