

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 _____ 年 月 日

住所 (〒 _____) _____ 職業 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____ 体重 _____ kg

- あなたは今日、どこがどのように具合が悪くて来院されたのですか。

- それはいつごろから始まりましたか。

- そのために、今までどこかで治療を受けましたか。

1. 受けた (どこで _____) 2. 受けない

- (今はなおっているが) 過去にした病気はありますか。

1. ある (病名: _____ 手術: した、しない) _____ 才のとき

2. ない

- 現在 (本日かかる以外で) 治療されている病気はありますか。

1. ない 2. ある その病気は _____

お薬は _____

- お薬を飲んで具合が悪くなったり発疹が出たりしたことはありますか。

1. ある 2. ない

- 歯医者などで麻酔の注射によるショックはありますか。 1. ある 2. ない

- なにかに、かぶれたことはありますか。

1. ある—植物、絆創膏、消毒液、その他 (_____) 2. ない