| | | 形 僚 | F | 7 7 | <u>^</u> | 音 | 年 | 月 | 日 | No. | |
|---|---|--------------------------|-----------|-------------|----------|----------|------|-------------|-----|-----|----|
| | フリガナ | | 性 | 別 | 生年 | 明大 | | | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 男 | 女 | 生年月日 | 阳 平 | (| | | | 歳) |
| | 現住所 〒 | 電話(|) | | •• | , , | 携帯電話 | £ | | | |
| | 勤 務 先 名 称 | | 100 | 動務 5 電 : | 七 | | | | | | |
| 診 | 察の参考にさせていただきますの |)で,以下の質 | 問によ | ∂答え | くだ | さい。 | | | | | |
| 1 | 本日は、どのようなことで、お | ハでになりまし | たか | ? | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ດ | いつ頃から、そのような症状が、 | ガオしたかり | | | | | | | | | |
| 4 | いう頃から、てのような症仏が | C & U/C/J ³ ? | | | | | | | | | |
| 3 | 今までに病気にかかったことがありますか、または治療していますか? | | | | | | | | | | |
| | ・いいえ ・はい 病: | 名 | | | | | | | | | |
| | 薬 | 名 | | | | | | | | | |
| | 病 | 院名 | | | | | | | | | |
| 4 | 今までに手術を受けたことがありますか? | | | | | | | | | | |
| | ・いいえ・はい 病 | 名 | | | | , | 才のとき | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 5 | 生活習慣についてお尋ねします。 | | | | | | | | | | |
| | アルコールは飲みますか? | | | | | | | | | | |
| | ・いいえ・はい | ヽ (たまに ほ | ぼ毎 | 目) | | | | | | | |
| | タバコを吸いますか? | | | | | | | | | | |
| | ・いいえ・はい | ~(本/日 | | 年間 |]) | | | | | | |
| | 睡眠時間はどれくらいですか? | (時間) | | | | | | | | | |
| | 便通 日 回 | | | | | | | | | | |
| 6 | 今までにお薬や注射でアレルギー反応(発疹がでる、気分が悪くなる)などを起こしたことがありますだ | | | | | | | | | | |
| | ・いいえ・はい(わ | かれば具体的に | _ | | | | | | | |) |
| 7 | 女性の方にうかがいます。 | | | | | | | | | | |
| | 妊娠されていますか?・い | いえ・ | はい | (| ク | -月) | | | | | |
| | 現在授乳中ですか・い | いえ・ | はい | | | | | | | | |
| 8 | 最近海外に行かれましたか? | ・いいえ | • | はい | (| , | ヶ月前) | | | | |
| 9 | 当院を受診されたのは〔近いか | ら、通際に便利 | が良 | un J | した単 | 別って | インタ | 一 ネ、 | ットを | 見て | |

お答えいただき、ありがとうございます。

病院からの紹介、医院の看板や広告や案内を見て、その他(

)]