

患者さん記入欄

体温： _____ °C 身長： _____ cm 体重： _____ kg

ふりがな
氏名： _____ 性別： 男・女 年齢： _____ 歳 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

タバコ 吸わない・吸う（1日 _____ 本）・以前吸っていた（ _____ 年前まで、1日 _____ 本）

アルコール 飲まない・飲む（週に _____ 日くらい _____ を _____ 合・本・杯・缶）

1. 本日はどのようなことでおいでになりましたか？

2. 今までに次のような病気を起こしたことがありますか？ いいえ・はい
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・リウマチ・喘息・
脳梗塞・癌・肺結核・その他（ _____ ）
3. 今飲んでいるお薬やサプリメントなどはありますか？ いいえ・はい
西洋薬（ _____ ）
漢方薬（ _____ ）
サプリメント、健康食品など（ _____ ）
4. 薬や注射で発疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか？
また、食べ物などのアレルギーはありますか？
いいえ・はい（ _____ ）
5. 今までに手術や輸血を受けたことはありますか？
・手術 いいえ・はい（ _____ ）
・輸血 いいえ・はい（ _____ ）
6. ご血縁の方の中で、次のような病気にかかった方がいらっしゃいますか？
いいえ・はい （続柄： _____ ）
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・リウマチ・喘息・
脳梗塞・癌・肺結核・その他（ _____ ）