

体 質 調 査 表

診察上必要なことですからよく読んでご記入下さい

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 才
現住所	〒 - TEL - -		

●今日はどうされましたか？(一番気になることは？) (体重(12歳まで): kg)
耳・鼻・のど(症状)

●現在、他の医院にかかっていますか？

いいえ・はい(病医院 科)

●現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ・はい(種類...)

○注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹(じんましん)がでたり、ショックを起こしたことがありますか？

いいえ
はい(痛み止め・ピリン剤・かぜ薬・熱さまし・抗生物質・その他())

○食べ物でじんましんがでたり、化粧品、洗剤などでかぶれたことがありますか？

いいえ・はい()

○今までにかかったことのある病気に○を付けて下さい。

じんましん・ぜん息・心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧症
肺結核・糖尿病・異常体質・公害認定病
その他()

○手術をしたことがありますか？(手術名・ 年 病院)

○嗜好・たばこ 本/日 ・日本酒・ビール・焼酎 合・本/日

○車の運転はしますか？ いいえ・はい(時間/日)

○最近一年間に、海外(外国)へ行った事がありますか？

いいえ・はい(月 日 ~ 月 日 まで)

◎女性の方へ、現在妊娠していますか？(あるいはその可能性がありますか？)

いいえ・はい(ケ月) / 授乳中(月 日出産) ・ わからない

※医療費一部負担金を、お支払い頂いた際、領収書が必要ですか？

はい・いいえ(いいえの方はご署名お願いします。) お名前 _____

↳ 毎回 ・ 一年まとめ