

# 体 質 調 査 表

診察に必要なことですからよく読んでご記入下さい

熱( \_\_\_\_\_ °C )

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	大・昭・平・令
			年            月            日            歳
現住所	〒       -	電話(       -       -       )	
		携帯(       -       -       )	

●今日はどうされましたか？ (12歳以下の方： 体重 \_\_\_\_\_ kg)  
 耳・鼻・のど・その他( \_\_\_\_\_ )  
 いつから？  
 【症状】

●現在、当院以外の医院にかかっていますか？                      <<お薬手帳 コピーあり >>  
 いいえ・はい

病医院                      科    <<薬>>

病医院                      科    <<薬>>

●お薬や注射で気分が悪くなったり、発疹、ショックを起こしたことがありますか？  
 いいえ・はい  
 ・鎮痛剤(ピリン系・その他)・抗生物質・感冒薬・その他( \_\_\_\_\_ )

●食べ物でじんましんがでたことがありますか？                      いいえ・はい  
 ・たまご・ミルク・そば・その他( \_\_\_\_\_ )

●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・前立腺肥大・ぜん息・心臓病・肝臓病・腎臓病・高血圧・肺結核  
 糖尿病・緑内障・公害認定病・B型肝炎・C型肝炎・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 ・ お酒 \_\_\_\_\_ 合・本/日)

●車の運転はしますか？                      いいえ・はい( \_\_\_\_\_ 時間/日)

●一年以内に海外へ行ったことはありますか？  
 いいえ・はい( \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日まで \_\_\_\_\_ へ )

●女性の方へ 妊娠してますか？                      いいえ・はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月)

授乳中ですか？                      いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 年 月 出産)