

# 問 診 表

フリガナ

↓ 15歳以下の方

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 次の**病気**と言われたことがありますか？(現在治療中のものは◎をつけて下さい)

心筋梗塞・狭心症・不整脈・高血圧・心臓ペースメーカー / 糖尿病

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・喘息 / 前立腺肥大・緑内障

胃潰瘍 十二指腸潰瘍 / 肝臓病 (A型・B型・C型肝炎・そのほか)

そのほか ( \_\_\_\_\_ )

病院医院名 [ \_\_\_\_\_ ]

2) 現在**服用中のお薬**があれば、以下に**記入**するか、**お薬手帳**をご提示ください。

薬の名前 [ \_\_\_\_\_ ]

3) お薬、注射、食べ物(卵・牛乳など)で**アレルギー** (蕁麻疹、かゆみ、喘息、  
声がれ、呼吸困難、血圧低下、意識消失、ショックなど) の経験がありますか？

(はい・いいえ) ⇒ **原因物質**はなんでしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

⇒その時どうなりましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

飲めない・食べられないお薬や食品があればご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

4) 現在**妊娠中**ですか？ (はい [ \_\_\_\_\_ 週目/予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日]・いいえ)

現在**授乳中**ですか？ (はい・いいえ)

現在**妊娠の可能性**がありますか？ (はい・いいえ)

5) いつからどこがどう悪いですか？ご希望は？