

## 予 診 表

ふりがな 氏 名		住 所 <small>マンション名も</small>		電 話	—
生年月日	. .	男・女	会社名	電 話	—

本日はどうされたのですか。症状を記入して下さい。 ( )	
現在の体重、身長を御記入下さい。	体重( )kg 身長( )cm
下記の質問についてお答え下さい。 (該当する場合○で囲んで下さい)	
1. 現在までに次の病気にかかったことがある人は、次の病名番号を○で囲んで下さい。 ①喘息 ②心臓病 ③高血圧 ④腎臓病 ⑤肝臓病 ⑥糖尿病 ⑦貧血 ⑧潰瘍 ⑨膀胱炎 ⑩その他( ) ⑪何もありません	
2. 当院に来られる迄どこかの病院又は医院にかかっていたか。 は い ・ いいえ 病院又は医院名( ) 病名( )	
3. 海外渡航歴がありますか。 は い ・ いいえ どこへ( ) いつ( )	
4. 手術や大きなケガをしたことがありますか。 は い ・ いいえ 手術又は傷病名がわかれば記入して下さい( )	
5. 注射や薬で異常が起ったことがありますか。 薬の名前(アスピリン、ピリン系剤、サルファ剤、ペニシリンなど) は い ・ いいえ わかれば記入して下さい。薬名( )	
6. 家族でアレルギー体質といわれた人がいますか。 は い ・ いいえ	
7. 家族で重い病気にかかった人がいますか。 は い ・ いいえ	
8. 酒類は飲まれますか。 は い (1日 本) ・ いいえ	
9. たばこは吸われますか。 は い (1日 本) ・ いいえ	
10. 結婚されていますか。 は い ・ いいえ	
[女性の方へ]	
・ 現在、生理中ですか。 は い ・ いいえ	・ 現在、妊娠中ですか。 は い ・ いいえ