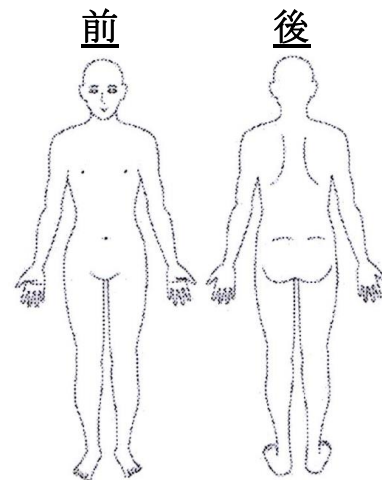


ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	M・T・S・H	年	月	日
------------	-------	----------	---------	---	---	---

…本日 (年 月 日) 受診された理由…
【いつから？】

【どのような症状ですか？】



※該当する部位に○を付けて下さい。

現在の体温 _____ °C 体重 _____ Kg

1ヶ月以内に、海外旅行にいかれたか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合 (日程： _____ 国： _____)

①次にあてはまる項目を○で囲み () 内へ記入して下さい。

- ・熱 (ねつ) 何日から () 最高何度ですか？ (_____ °C)
- ・腹痛 (ふくつう) 何日から ()
- ・嘔吐 (おうと) 何日から () 回数…約 (_____ 回)
- ・下痢 (げり) 何日から () 回数…約 (_____ 回)
- ・便秘 (べんつう) 1日 約 (_____ 回)

- ・頭痛 ・喉の痛み ・関節痛 ・咳 ・たん ・胸痛 ・めまい
- ・湿疹 ・食欲不振 ・吐き気 ・その他 (_____)

②今まで入院や手術をしたことがありますか？

《いつ頃》 《病名》

③次のような病気で治療を受けたことがありますか？

- ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・アレルギー
- ・喘息 ・高血圧症 ・その他 (_____)

④現在、服用中の薬がありますか？

《薬品名》

⑤今までに薬や注射で気分不良、じんましん、喘息などの症状がでたことがありますか？

《薬品名》 《症状》

⑥現在妊娠中、もしくは授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑦現在、妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑧お酒は飲まれますか？ (はい ・ いいえ)

↪種類 _____ 1日 _____ 程度

⑨タバコは吸われますか？ (はい ・ いいえ)

↪1日 約 _____ 本