

# 問 診 票

みなさんの体質と病気については、いろいろなちがいがありますのでその事情を詳しく知らない、ただし治療をおこなうことができません。また、今後もいつか病気になったとき、このカードにかいてあることが、どのくらい参考になるかしれません。どうぞ、お気軽に記入してください。

※太枠内のみ記入してください。

ふりがな		電 話 (ケータイ)	年 令	才	性 別	男	女
受信者名							
1. おおきな病気にかかったり、手術をうけたりしたことがありますか。 あ る            な い		医 師 記 入 欄 既往疾患 手 術 名					
2. 注射をして気分がわるくなったとか、薬をのんで発疹がでたことがありますか。 あ る            な い		注 射 内 服 外 用					
3. アレルギー体質といわれたり、喘息をおこしたり、ものにかぶれたり、「じんましん」がでたり、たべものによって腹痛、下痢をおこしたことがありますか。 あ る            な い		病 名 原因物質					
4. 妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか。 あ る            な い		妊 娠            ヶ月(週) 妊娠の可能性 最近の流産の年月日					
5. 家族でアレルギー体質のかたや、おおきな病気をされたかたがありますか。 あ る            な い		本人との続柄 病 名					
6. けいれんをおこしやすい体質ですか。 は い            いいえ							
7. 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか は い            いいえ		種 類					
記入年月日	年      月      日						
記入者名							

※ その他異常なことがあったかたは、かならず医師に申しでてください。