

--	--	--	--	--	--	--

記入日： 年 月 日

お名前： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

次のどちらかに○印をしてください。

1. 皮膚にカブレ、しっしんができやすいですか。 はい いいえ

2. ぜんそくといわれた事がありますか。 ある ない

3. これまで医師から特別な体質といわれた事がありますか。
ある [_____] ない

4. くすりをのんだり注射をして副作用が起きた事がありますか。
(例：胃痛・はきけ・薬疹・意識消失など)
ある [薬品名： _____ 状態： _____] ない

5. 治療中に気分が悪くなった事がありますか。(採血・処置など)
ある [_____] ない

6. 現在ほかにのんでいるくすりがありますか。
ある [病院名： _____ 薬品名： _____] ない

7. 重い病気や手術をした事がありますか。
ある [_____] ない

8. 手術などで身体の中に入っている金属がありますか。
ある [_____] ない

9. 最近、他院で胃透視などの検査を受けられた事がありますか。
ある [年 月 日 検査名： _____] ない

女性の方は下記項目についてもお答え下さい。

10. 結婚していますか。 はい いいえ

11. 妊娠していますか。 はい いいえ わからない

12. 授乳中ですか。 はい いいえ