

問診表

患者氏名： _____ 殿 (男・女)
生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 満 才
連絡先：自宅 (_____)・携帯 (_____)

- 1) 現在までに病気にかかったことがありますか。
(ハイ、イイエ、ワカラナイ)
ハイと答えた方、病名がわかりましたら○印をつけて下さい。
(喘息、じんましん等のアレルギーやアトピー疾患、心臓病、
高血圧、肝臓病、異常体質、糖尿病、眼の疾患)

- 2) 上記以外に大きい病気や慢性の病気にかかったり、
或いは手術を受けたことがありますか。
(ハイ、イイエ、ワカラナイ)
病名がわかりましたら記載して下さい。

- 3) 現在まで注射や飲み薬、ぬり薬、点眼薬、その他の薬で異常
(発疹、気分不良、ショック状態、呼吸困難)が起きたことがありますか。
(ハイ、イイエ、ワカラナイ)
その薬の名前 (例えばピリン系列、ペニシリンなど)
(_____)

- 4) 歯医者さんで治療中に気分が悪くなった事がありますか。
(ハイ、イイエ)

- 5) 家族(親子、兄弟)でアレルギー体質やアレルギー性疾患があると、
言われている方はいますか。
(ハイ、イイエ、ワカラナイ)

- 6) 家族で大きい病気や慢性の病気にかかった方はいますか。
(ハイ、イイエ、ワカラナイ)

☆その他異常なことがあった方は、必ず医師に申し出て下さい。