

フリガナ		男・女	電話番号	(自宅)
氏名				(携帯)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(才)		住所	〒
緊急連絡先:氏名( )電話番号( )あなたとの続柄( )				

Q1: いつごろから? 年 月 日 時ごろ / ( 日前) ( ヶ月前) ( 年前)

Q2: どこが? どのように具合が悪いかが記入して下さい。( 図に色を塗って下さい)

【右】      【左】      【前】

【右】      【後】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q3: アレルギー体質・異常体質と言われた事がある。      はい ・ いいえ

Q4: 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹が出たり事がある。      はい ・ いいえ

Q5: 歯科で歯ぐきに注射(麻酔)をした事がある。      はい ・ いいえ

Q6: 現在あるいは、過去に次の病気にかかった事がある。  
「はい」と答えられた方は該当するものに○をつけて下さい。  
糖尿病・高血圧症・心臓病・腎臓病・肝臓病・ぜんそく・胃腸病  
リウマチ・結核・その他 ( )      はい ・ いいえ

Q7: 今までに手術や大けがをした事がある。      はい ・ いいえ

Q8: 胃が弱い。      はい ・ いいえ

Q9: 現在、妊娠している。あるいは妊娠の疑いがある。      はい ・ いいえ

Q10: 現在、医師の治療を受けられている方は病院名をお答え下さい。  
病院名 ( )

Q11: 現在、服用されている薬がある方は薬の名前をお答え下さい。  
薬の名前 ( )

Q12: 現在、お仕事は何をされていますか?  
職種 ( )

Q13: 現在、タバコを吸っていますか?      吸う・やめた ( 年前 / ヶ月) ・吸わない

最後に、ご本人または保護者の氏名を記入して下さい。  
氏名(フルネームで) ( )