

## 身体既往歴、アレルギー問診表

記入日 R 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ ( 才 ) 男 女

\*これまでに大きな病気にかかったことがありますか？(入院や手術を必要とする病気等)  
以下の病気でかかったことのあるものに○、現在治療(内服)中のものには◎を付けて下さい。

・**心臓病**： 心筋梗塞 狭心症 不整脈 その他( )

\*内服薬： 無 有 いつから： S・H・R 年～ 内容の分かる物(お薬手帳など)有 無

・**脳疾患**： 脳梗塞 脳出血 脳挫傷 その他( )

\*内服薬： 無 有 いつから： S・H・R 年～ 内容の分かる物(お薬手帳など)有 無

・**内科的疾患**： 高血圧 糖尿病 腎臓病 高脂血症 その他( )

\*内服薬： 無 有 いつから： S・H・R 年～ 内容の分かる物(お薬手帳など)有 無

・**外科的疾患**： 手術を受けたことがある： 無 有(病名 ) S・H・R 年頃

・**その他の病気**： 白内障 緑内障 前立腺肥大 腸閉塞 悪性腫瘍  
甲状腺疾患(病名 ) その他( )

\*内服薬： 無 有 いつから： S・H・R 年～ 内容の分かる物(お薬手帳など)有 無

・その他、医師にお伝えしたい病気(治療)等があれば ご記入ください。

( )

・掛かりつけの病院名をご記入ください (病院名： 科 医院 )

### <アレルギーについて>

1. 今までに食べ物や薬(市販薬も含む)でアレルギー症状(じんましん、血圧低下、呼吸困難等の症状)が起こったことはありますか？

・食べ物： 無 有(食べ物の名前 )

・薬： 無 有(薬の名前 )

2. アレルギー疾患(○をつけて下さい。治療中のものには◎をつけて下さい)

・アトピー性皮膚炎 ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・その他( )

3. その他、アレルギーについて医師にお伝えしたいことがあればご記入ください。

( )

・この一年で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？ ・いいえ

・はい (R 年 月頃 指摘事項 ・なし ・あり→項目 )

・(女性の方へ)現在、妊娠中又は授乳中ですか？ ・いいえ

・はい 妊娠中(妊娠 週) 授乳中(お子様の年齢 才 ヶ月)

ご協力ありがとうございました。三方原病院