

◆現在、治療中の病気と、飲んでいるお薬についてわかる範囲で教えてください。

(お薬手帳をお持ちの方はそれを見せていただければ記入は不要です。)

病気のなまえ	薬のなまえ	病院名

◆これまでにかかったことのある病気やけが（手術ふくむ）について下にお書きください。

年齢	病気やけがの名称	病院名	治療期間
才			
才			
才			
才			
才			

◆あなたの体質、薬についてあてはまるものに○をつけてください。

- ・ しっしん、じんましんがしやすい体質ですか。 はい ・ いいえ
- ・ ぜんそくといわれたことがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ これまでに医師から特別な体質といわれたことがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ 治療中に気分が悪くなったことがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ アレルギーはありますか。 はい ・ いいえ

アレルギーの原因を教えてください。

()

- ・ 薬を飲んだとき、または注射をして副作用が出たことはありますか。 はい ・ いいえ
副作用がでたお薬のなまえを教えてください。

()



- ・ (女性のみ) 妊娠していますか。 はい ・ いいえ ・ わからない
- ・ (女性のみ) 授乳中ですか。 はい ・ いいえ

◆入院希望がありますか。 はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

医療法人 愛命会 泉原病院