

◆現在、他の病気（からだの病気・精神科）に通院していますか？

はい ・ いいえ 病院名（ ）
病院名（ ）

◆現在、飲んでいる薬はありますか？

はい ・ いいえ

お薬手帳・薬剤情報用紙をお持ちですか？

はい ・ いいえ ※はいの場合はご提示ください

◆これまでにかったことのある病気やけがについてあてはまるものに○をつけてください。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心疾患 ・ 不整脈 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息
膠原病 ・ 緑内障 ・ 骨折

脳卒中（ 脳梗塞 ・ 脳出血 ） 脳外科的手術（病名 ） 時期 年頃

癌（ 胃 ・ 大腸 ・ 肝臓 ・ 肺 ・ 乳房 その他： ） 時期 年頃

その他（ ）

◆これまでに精神科や心療内科での治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ 病院名（ ） 外来 ・ 入院
病院名（ ） 外来 ・ 入院

◆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
- ・ ぜんそくと言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言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
- ・ 薬を飲んだり、注射をして副作用がおきたことがありますか？ はい ・ いいえ
薬品名（ ）
- ・ アレルギーはありますか。 はい ・ いいえ
（ 花粉 ・ 食べ物 その他： ）

◆女性の方のみお答えください。

- ・ 妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない
- ・ 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

◆紹介状をお持ちですか。

はい ・ いいえ （ 病院）

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

ID		Dr	
----	--	----	--