

## 追加質問

(へ) ぜんそく・じんましんなどのアレルギー性の病気、高血圧・心臓・肝臓・腎臓・胃腸・糖尿病・その他の病気にかかったり、手術を受けたり、ケガをしたことがありますか？

はい  いいえ  わかりません

いつ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、具体的には \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、具体的には \_\_\_\_\_

(ト) これまでに薬で何か異常が起こったことがありますか？

はい  いいえ  わかりません

わかったらその薬の名前 \_\_\_\_\_

(チ) 現在何か薬を使用していますか？

はい  いいえ

わかったらその薬の名前 \_\_\_\_\_

(リ) (女性) 妊娠中ですか？

はい  いいえ  わかりません

(ヌ) 家族でアレルギーといわれた人はいますか？

はい  いいえ  わかりません

(ル) 身体障害者手帳を取得していますか？

はい  いいえ

(ヲ) タバコを吸いますか？

吸わない  吸う (1日 本)

(ヨ) お酒を飲みますか？

飲まない  時々飲む  毎日飲む

種類と量は？(日本酒/ビール/ウイスキー を1日に ml/合/本)

(タ) お仕事は、下記のどれですか？ 下記以外 ( \_\_\_\_\_ )

肉体労働  重いものは持たないが動き回る  立ち仕事  デスクワーク  家事

(レ) 診察・検査・治療について希望がありましたら、お書き下さい。  ある  ない

受診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※記入がご本人でない場合 代筆者のお名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

ご協力ありがとうございました。

白沢整形外科医院