

《 予診表 》

ID. _____

フリガナ		フリガナ																	
氏名		奥様氏名																	
生年月日	西暦 年 月 日生 (才)	職業																	
身長:	cm 体重:	血液型	A・B・O・AB・不明																
個人歴について	避妊期間 なし・ある (年 ヶ月) お子様 いない・いる (人)	結婚 (西暦 年 月) 離婚 (西暦 年 月) 再婚 (西暦 年 月) 同棲 (西暦 年 月) 未婚																	
病歴について	下記のような病気をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 39度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 性病 () <input type="checkbox"/> 肺の病気 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 睾丸を降ろす手術 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 睾丸を打って腫れたこと <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 睾丸のふくろ (陰のう) に水が溜まったこと <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 鼠径 (そけい) ヘルニア (脱腸) の手術 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他 () * チェックをつけられた方は、いつ頃どのような治療をされたのかお書き下さい。																		
	手術もしくは大きな病気・入院などありましたらご記入ください。																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年月</th> <th style="width: 35%;">病名</th> <th style="width: 15%;">手術・入院</th> <th style="width: 35%;">病院名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td>手術・入院</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td>手術・入院</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td>手術・入院</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			年月	病名	手術・入院	病院名	年 月		手術・入院		年 月		手術・入院		年 月		手術・入院	
年月	病名	手術・入院	病院名																
年 月		手術・入院																	
年 月		手術・入院																	
年 月		手術・入院																	
	現在、通院・加療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()																		
お薬について	現在、常用しているお薬がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (お薬名) ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) もしくは 精神科の薬を服用したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ある方は、お薬の名前・服用期間をお書き下さい。) 薬品名 () 服用期間 (年 月～ 年 月)																		
アレルギーについて	内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:) (症状:) 薬以外でアレルギーを経験したことがありますか？ ゴム・アルコール綿・金属・食べ物 () その他 () どのような症状でしたか？()																		
生活習慣について	タバコを吸われますか <input type="checkbox"/> はい (本/日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた * 『はい』 ・ 『過去に吸っていたがやめた』 方へ いつから (歳 ～ 歳まで) 喫煙総年数 (約 年間 約 本/日くらい) お酒を飲まれますか はい (リットル/日) ・ いいえ																		
* 何かその他ご希望がございましたらご記入ください																			