

○記載項目

生年月日 西曆 年 月 日 (満年齢 歳 ヶ月)

(軽微な疾患、負傷は除く。インフルエンザ・捻挫等)

[illegible]

2. 最近体重に変化がありますか。

増加(\_\_\_\_kg / \_\_\_\_ヶ月前から)      変化なし      減少(\_\_\_\_kg / \_\_\_\_ヶ月前から)

3. 血圧を測定したことがありますか。

有      無

「有」に○をつけた方は、下記の該当があれば記入してください。

項 目	年 齢	収縮期血圧(最大)～拡張期血圧(最小)	
高血圧と言われた時	歳	mm Hg ～	mm Hg
低血圧と言われた時	歳	mm Hg ～	mm Hg

4. ツベルクリン反応

陽 性      陰 性

「陽性」に○をつけた方は、次の事項を記入してください。

①陽 転 の 時 期 :      歳

②陽 転 の 原 因 :      自然陽転      BCG陽転

③BCGの接種 :      有      無

5. 次の症状について該当に○をつけ、内容を記入してください。

(1) 肺結核にかかったことがありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

(2) 気管支ぜんそくにかかったことがありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

(3) その他の呼吸器疾患、例えば、肺炎、気管支炎などにかかったことがありますか。

有 (病名 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)          無

(4) 次の症状等を呈したことがあれば○印をつけて、詳細を記入してください。

睡眠中に呼吸が止まっているといわれたことがありますか？      有 ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ)      無

昼間強い眠気を感じる事が頻繁にありますか？      有 (1日に \_\_\_\_\_ 回程度)      無

(5) 腎炎にかかったことがありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

(6) 腎結石にかかったことがありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

(7) 膀胱炎、腎盂炎にかかったことがありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

(8) 尿から糖が検出されたり、糖尿病と診断されたことはありますか。

有 ( \_\_\_\_\_ 歳 )          無

6. リウマチ、神経痛、関節の痛みなどを訴えたことがあれば、その部位と年齢を記入してください。

部位 : \_\_\_\_\_          年齢 : \_\_\_\_\_ 歳

7. 膠原病、じん麻疹、薬品アレルギー、花粉症、その他のアレルギーの疾患にかかったことがありますか。(原因が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有 (病名・原因 : \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)          無

(病名・原因 : \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)

(病名・原因 : \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)

(病名・原因 : \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)

(病名・原因 : \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳)

8. 食物アレルギーはありますか。(原因食物が複数ある場合は、すべて記載ください。)

有 (原因食物: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳くらいから) 無

(原因食物: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳くらいから)

(原因食物: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳くらいから)

(原因食物: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳くらいから)

(原因食物: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳くらいから)

摂取した際に呈した症状について○印をつけてください。

皮膚症状 ( 蕁麻疹 (じんましん) ・ かゆみ ・ 赤み ・ むくみ ・ 湿疹 )

粘膜症状 ( 鼻水 ・ 鼻づまり ・ くしゃみ ・ 口周りの違和感 )

呼吸器症状 ( 咳 ・ 喘鳴 (呼吸時にぜいぜいと雑音を発すること) ・ 声枯れ ・ 呼吸困難)

消化器症状 ( 嘔吐 ・ はき気 ・ 下痢 ・ 腹痛 )

神経症状 ( 頭 ・ 活気の低下 ・ 意識障害 )

循環器症状 ( 血圧低下 ・ 不整脈 ・ 頻脈 (心拍数が増加している状態) )

その他の症状 ( )

日常生活での対応について詳細に記載ください。(例: 分けて調理が必要など)

[ ]

9. 甲状腺異常、その他の内分泌疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

10. 結膜炎、その他の眼科疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

11. 外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、その他の耳鼻科疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

12. 湿疹、じん麻疹、水虫、その他の皮膚疾患にかかったことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

13. 次の症状を呈したことがあれば○印をつけてください。

薬物を使ったあと皮膚に発疹が出たりかゆくなった (\_\_\_\_ 歳)

薬物を使ったあとでむかついたり、気分が悪くなった (\_\_\_\_ 歳)

14.

(1) 外傷を受けたことがありますか。

頭部外傷 有 (\_\_\_\_ 歳) 無

内臓損傷 有 (部位: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

骨折・脱臼 有 (部位: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

はれもの 有 (部位: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

(2) 腹部の手術を受けたことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

(3) 肛門からの出血、肛門周囲のかゆみ、痔、脱腸、ヘルニアなどにかかったことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

(4) その他外科的治療 (手術) を受けたことがありますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳) 無

(病名: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 歳)

15.

(1) お酒は飲みますか。

飲む                      飲まない

「飲む」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①好きな酒の種類

清酒    焼酎    ビール    ウイスキー    ワイン    その他 ( \_\_\_\_\_ )

②量はどのくらい飲みますか。(例えば、清酒2合など具体的に記入してください)

毎日                      \_\_\_\_\_

機会があれば                      \_\_\_\_\_

最高に飲んだ時の量                      \_\_\_\_\_

③酒の肴は食べますか。

食べる (種類: \_\_\_\_\_)                      食べない

(2) タバコは吸いますか。

吸う    吸わない

「吸う」に○を付けた方は、次の①②にも回答してください。

①1日にどれくらい吸いますか。                      \_\_\_\_\_ 本

②いつ頃から吸い始めましたか。                      \_\_\_\_\_ 歳

(3) その他の特別な嗜好品があったら、その品名と量を書いてください。

( \_\_\_\_\_ )

16.

(1) カウンセリングまたは精神科医の診察、治療を受けたことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、次の①～②にも回答してください。

①いつ頃：\_\_\_\_\_歳

②受診の理由：\_\_\_\_\_

③診断名（あれば）：\_\_\_\_\_

(2) 睡眠薬、精神安定剤を使用したことがありますか。

有 無

「有」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①いつ頃：\_\_\_\_\_歳

②期間：\_\_\_\_\_

③使用の理由：\_\_\_\_\_

17. 現在、何らかの病気で服薬をされていますか。

①病名

- |          |               |   |
|----------|---------------|---|
| 1. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 2. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 3. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 4. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 5. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 6. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |
| 7. _____ | 診断された年齢：_____ | 歳 |

②服薬している薬品名

- |          |                 |   |
|----------|-----------------|---|
| 1. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 2. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 3. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 4. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 5. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 6. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |
| 7. _____ | 服薬を開始した年齢：_____ | 歳 |

