



名前		性別	男	女	年齢	歳
身長	cm	体重	kg	kg	体温	
	cm					

赤字の文は機械翻訳を使用しています。

1. 今日はどうされましたか？ (複数回答可)

() (?)

2. それはいつからですか？

() (?)

3. 症状の原因となることはありましたか？

() (?)

4. 上記の症状は最近

()

5. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ (複数回答可)

() ? (가)

6. 現在服用中の内服薬はありますか？

() (?)

7. 食べ物でアレルギー (かゆみ・発疹など) を起こしたことがありますか？

(가) (?)

8. 薬でアレルギー (かゆみ・発疹など) を起こしたことがありますか？

(가) (?)

9. 現在、受診されている病院はありますか？

() (?)

10. お酒は飲みますか？ (複数回答可)

()

11. タバコは吸いますか？

() (?)

12. 手術をしたことがありますか？



() ?)

13. 輸血をしたことがありますか？

() ?)

14. 麻酔をしたことがありますか？ (歯科での麻酔を含む)

() ? ())

15. 今まで妊娠したことがありますか？

() ?)

16. 妊娠したことある人はお答えください。

() .)

17. あなたの月経についてお答えください。

() .)

18. 一番最近の月経はいつからですか？

(月) ?)

19. この最近は普段の量に比べて

())

20. 月経周期は

() ?)

21. 生理痛はありますか？

() ?)

22. 現在、結婚はされていますか？

(,) ?)

23. 性交渉の経験はありますか？

() ?)

24. 妊娠歴

() .)

