



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. 部位 (複数回答可)

()

3. それはいつからですか？

() (?)

4. 症状の原因となることはありましたか？

() (?)

5. 上記の症状は最近

()

6. 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)

7. 現在服用中の内服薬はありますか？

() (?)

8. 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 .) (?)

9. 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 .) (?)

10. 現在、受診されている病院はありますか？

() (?)

11. お酒は飲みますか？ (複数回答可)

()

12. タバコは吸いますか？



() ?)

13. 手術をしたことがありますか？

() ?)

14. 輸血をしたことがありますか？

() ?)

15. 歯を抜いたことがありますか？

() ?)

16. 最近3ヶ月間以内に予防接種を受けましたか？ (今後予定がありますか)

(3) ? ())

17. 女性の方へ：現在、妊娠の可能性はありますか？

(: , 가 ?)

18. 現在授乳中ですか？

() ?)

19. その他、何かご希望がございましたらご記入ください。

(가 .)
