

あなたの健康状態についての問診票

この用紙は、安全に手術を受けて頂くための大切な資料となります。

今までにかかったことのある病気や現在使用しているお薬があれば○で囲むか、その他の欄に記入してください。プライバシーは厳守いたしますので、正確に記入してください。

平成 年 月 日

お名前 _____

病気について

- ・ 特に病気はしたことがない
- ・ 生活習慣病（糖尿病、高コレステロール、高中性脂肪、その他 _____）
- ・ 心臓の病気（不整脈、狭心症、心筋こうそく、その他 _____）
- ・ 血管や血液の病気（高血圧、動脈硬化、貧血、白血病、その他 _____）
- ・ 脳の病気（脳出血、脳こうそく、てんかん、けいれん、その他 _____）
- ・ 肺の病気（ぜんそく、気胸、肺結核、その他 _____）
- ・ 消化管の病気（胃炎、胃・十二指腸潰瘍、その他 _____）
- ・ 肝臓や腎臓の病気（B型、C型肝炎、肝硬変、腎炎、腎不全、その他 _____）
- ・ 心や神経の病気（不眠症、神経症、うつ病、拒食症、その他 _____）
- ・ ホルモンの病気（甲状腺の病気、更年期障害、その他 _____）
- ・ 婦人科の病気（子宮内膜症、子宮筋腫、乳腺の病気、その他 _____）
- ・ 目の病気（緑内障、白内障、網膜はく離、その他 _____）
- ・ 骨の病気（椎間板ヘルニア、背骨の曲がり、その他 _____）
- ・ 免疫の病気（リウマチ、こう原病、アレルギー、免疫不全、その他 _____）
- ・ その他の病気（ _____）

お薬について

- ・ 最近使用した、あるいは現在使用中のお薬はありますか？
（ない・ある _____）
- ・ 今まで身体に合わない（アレルギーのある）お薬や食べ物はありませんでしたか？
（ない・ある _____）

手術や輸血について

- ・ 今まで病気やけがの手術を受けたことがありますか？
（ない・ある _____）
- ・ 手術や出産の時に輸血をしたことがありますか？
（ない・ある _____）

その他

- ・ アートメイクや入れ墨をしたことがありますか？
（ない・ある _____）