

1. 今日は、どうなさいましたか？

.....
.....

2. それは、いつからですか？

.....

3. 現在、お薬は飲んでいらっしゃいますか？

いいえ はい (薬の名前)

4. 現在、妊娠していらっしゃいますか？ いいえ はい

5. 現在、他の病気で、他院に通院していらっしゃいますか？

いいえ はい

病名 _____ 病院名 _____

6. 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？

いいえ はい (具体的に)

7. 今までに大きな病気やケガをした事がありますか？

いいえ はい

年 月 病名及び手術名 _____ 病院名 _____

年 月 病名及び手術名 _____ 病院名 _____

8. 海外から帰国（入国）して4週間以内ですか？

いいえ はい (国名)