

問診票

よく読んで正確に記入して下さい。わからない所はそのままで結構です。

病 歴

1. 今までに次のような病気にかかったことがありましたら○をつけて下さい
腎臓病、心臓病、肝臓病、糖尿病、ぜん息、黄だん、血液病、高血圧、胃腸病、
リウマチ、結核、アレルギー疾患、虫垂炎、歯の病気、その他の重い病気や
ケガ（病名： _____）
2. 現在その病気は治っていますか。治っていない場合はその病名を書いて下さい。
（ _____）
3. その治療をしていますか。（いる、いない）
4. 今どんな薬をのんでいますか。（薬名： _____）
5. 鎮痛剤、麻酔薬、覚醒剤、睡眠薬、精神安定剤などの使用経験はありますか。
（ある、ない）
6. 現在こんな症状がありましたら○をつけて下さい。
発熱、鼻汗、せき、たん、のどの痛み、下痢、便秘、はき気、息ぎれ、動悸、
食欲不振、不眠、その他（ _____）

体 質

1. 異状体質といわれたことがありますか。（ある、ない）
2. ケガ、手術で血が止まりにくかったことがありますか。（ある、ない）
3. カブレ（ひふ炎、湿疹、じんま疹など）の経験はありますか。（ある、ない）
4. 薬や飲食物のアレルギーはありますか。（ある、ない）
5. ケロイド体質がありますか。（ある、ない）
6. 今までに何か手術をうけたことがありますか。（ある、ない）
7. 麻酔の経験がありますか。（ある、ない）
8. 麻酔で異状がありましたか。（あった、ない）
9. 手術中に異状がありましたか。（あった、ない）

家族歴

1. あなたの肉親に大病した人がいますか。（いる、いない）
2. 麻酔や手術で異状のあった人はいますか。（いる、いない）

女性の場合

1. 今生理中ですか。（はい、いいえ）
2. 今妊娠中ですか。（はい、いいえ）
3. お産の経験はありますか。（ある、ない）
4. 異状産、自然流産、死産の経験はありますか。（ある、ない）
5. 妊娠中絶の経験はありますか。（ある、ない）
6. ピルやホルモン剤をのんでいますか。（いる、いない）

以上をよく確かめてまちがいなければサイン・捺印して下さい。

年 月 日

氏名 _____（ 才 ） 男・女

ワキガ・多汗症 チェックリスト

以下のご質問にお答え下さい。

- | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 何歳頃から気になっていましたか。 | _____ 歳頃 |
| <input type="checkbox"/> 臭いに関して、今まで他人から「臭う」と指摘されたことはありますか。 | ある ・ ない |
| <input type="checkbox"/> 親や兄弟等でワキガの方はいらっしゃいますか。 | いる ・ いない |
| <input type="checkbox"/> 白いシャツなど、ワキの下の部分が黄色く黄ばむことはありますか。 | ある ・ ない |
| <input type="checkbox"/> 耳垢が湿っていて、多少臭うことはありますか。 | ある ・ ない |
| <input type="checkbox"/> 全身汗かきですか。 | はい ・ いいえ |
| <input type="checkbox"/> ワキ毛は多い方ですか。 | はい ・ いいえ |
| <input type="checkbox"/> 今までに何か治療を受けたことがありますか。
(ある場合は具体的に | ある ・ ない
) |

女性の方

- | | |
|-------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 生理前になると、臭いが増すことはありますか。 | ある ・ ない |
|-------------------------------------------------|---------|