

通院歴

氏名 _____

1. 過去の通院歴

通院期間	医療機関名	診断名	投薬名
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・
年 月 ↓ 年 月			・ ・ ・ ・

2. 家族歴
- 父：健康 ・ 死亡 ・ 病気（病名： _____）
- 母：健康 ・ 死亡 ・ 病気（病名： _____）
- 配偶者：健康 ・ 死亡 ・ 病気（病名： _____）
- 子：健康 ・ 死亡 ・ 病気（病名： _____）
- その他(_____)：健康 ・ 死亡 ・ 病気（病名： _____）

3. アルコール歴： なし ・ あり 種類 _____ 1日量 _____ 週 _____ 回

4. 喫煙歴： なし ・ あり _____ 才～ 1日 _____ 本 × _____ 年間
禁煙 _____ 才以後