



<女性の方>

- 現在、妊娠中ですか？      いいえ      はい
- 現在、授乳中ですか？      いいえ      はい
- 現在、生理中ですか？      いいえ      はい

1. 最後のお食事の終了時刻はいつですか？

(            月            日            午前 ・ 午後            時頃)

2. 現在、治療を受けている病気や怪我、服用している薬はありますか？

- いいえ
- はい     病名①：                             薬名： \_\_\_\_\_
- 病名②：                             薬名： \_\_\_\_\_
- 病名③：                             薬名： \_\_\_\_\_
- 病名④：                             薬名： \_\_\_\_\_

3. 過去に大きな病気や怪我で入院や治療を受けたことはありますか？

- いいえ
- はい     {     病名：                             薬名： \_\_\_\_\_
- 入院や治療の時期： \_\_\_\_\_
- 治療終了/完治      経過観察中（投薬などはなし）      その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. アレルギーはありますか？（食べ物・薬など）

- いいえ
- はい     （アレルギー： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ）

5. 現在体調の悪いところはありますか？

- いいえ
- はい（ \_\_\_\_\_ ）

6. 飲酒はされますか？

- 飲まない
- 機会飲酒（月数回もしくは年数回）
- 飲む     （                             日/週）

「機会飲酒」または「飲む」を選択された方は、該当の箇所にチェックを入れてください。

飲酒日の一日当たりの飲酒量： 1合未満    1～2合未満    2～3合未満    3合以上

※1合（180ml）の目安：清酒（180ml）、ビール中瓶1本（500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキー1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）

7. たばこ（電子たばこ含む）を吸いますか？

- いいえ
- はい     （                             本/日）