

質問	薬剤名や治療等を詳しく記入してください		
頭部や眼球に強い衝撃を受けたことがありますか（スポーツ、交通事故、けんかなど）	いいえ・はい		
格闘技の経験はありますか（プロ、アマチュア問わず）	いいえ・はい		
薬のアレルギーはありますか	いいえ・はい		
食べ物のアレルギーはありますか	いいえ・はい		
アトピー性皮膚炎はありますか	いいえ・はい		
喘息はありますか	いいえ・はい		
花粉症はありますか	いいえ・はい		
膠原病はありますか	いいえ・はい		
リウマチはありますか	いいえ・はい		
腎不全など、腎臓の病気はありますか	いいえ・はい		
透析をしていますか	いいえ・はい		
輸血を受けたことがありますか	いいえ・はい		
感染症はありますか	いいえ・はい	B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV その他（ ）	
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい		
肺炎にかかったことがありますか	いいえ・はい		
取り外しのできる歯はありますか（入れ歯、ブリッジ）	いいえ・はい	総・上・下・部分（ ）	
難聴ですか	いいえ・はい	右・左・両 補聴器（右・左・両）	
高血圧や心臓の病気はありますか	いいえ・はい		
睡眠薬や精神安定剤を服用していますか	いいえ・はい		
未熟児や早産、保育器に入っていたことがありますか	いいえ・はい		
職業と職種を教えてください	—	職業	職種
身長と体重を教えてください	—	cm	kg

◆ メガネを使用していますか

いいえ はい （遠用・近用・遠近両用・その他 _____）

◆ コンタクトを使用していますか（過去に使用していた方も含む）

いいえ はい ①（ソフト・ハード）
 ② 最終装用日（ソフト 年 月 日）
 最終装用日（ハード 年 月 日）

◆ 喫煙はしますか

いいえ
 はい （ 歳 ～ 歳 本/日）
 過去に喫煙（ 歳 ～ 歳 本/日）

◆ 飲酒はしますか

いいえ はい （頻度 種類 量）

◆ 女性の方、お答えください ① 現在、妊娠中又は授乳中ですか ② ホルモン剤、ピルなどを服用していますか

いいえ はい （① 妊娠中・授乳中・両方 ②）

◆ 男性の方、前立腺疾患はありますか

いいえ はい ① 病名を教えてください ② 内服薬を服用していますか ②）