

家族歴

家族の状況（生活・経済状況、転居歴、等）

宗教・信仰 なし・あり

病前性格

特異体質

薬物（ペニシリン等）アレルギー あり・なし

嗜好品 アルコール (初飲 才) タバコ 本/日

精神疾患既往歴 期間 (年 月) (年齢) / 医療機関名 / 症状、診断名および治療

