

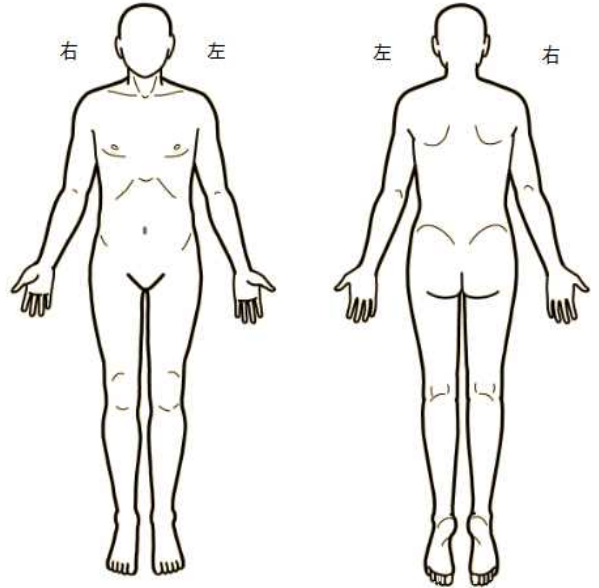
予 診 票

来院日 年 月 日 (:)

フリガナ		男 女	連絡先 電 話	
名 前			介護保険	なし ・ あり (要支援 ・ 要介護)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
住 所	〒			

◆症状をお書きください

診察希望の部位に印を付けてください



◆いつ頃からですか

◆症状・けがはどのような状況でおきましたか

◆事故で受診される方にお尋ねします

労働中の事故ですか? はい ・ いいえ
交通事故ですか? はい ・ いいえ

◆現在・過去に ぜんそくの症状はありますか

・ある ・ない

◆今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか

心疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 受けたことがない ・ その他 ()

◆今までに手術を受けたことがありますか 整形外科以外でもお書きください

・ある () ・ない

◆現在服用中の薬はありますか ⇒ お薬手帳をお持ちの場合は 受付 へお出しください

・薬品 または 病名 () ・のんでいない

◆注射・薬・食べ物でアレルギー等がおきたことはありますか

・ある () ・ない

◇女性の方にお尋ねします

現在 妊娠中(妊娠の可能性ある) または 授乳中 ですか

・はい ・いいえ

◆来院のきっかけをお選びください

家の近所 ・ 会社の近所 ・ 学校の近所 ・ 知人の紹介 ()
インターネット ・ 他医の紹介 () ・ その他 ()

◆その他 何かありましたらご記入ください