

予診カード

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

男・女

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日()才

携帯電話

()

住所

自宅電話

()

勤務先(会社名・学校名)

職種()

年生

主婦・無職

紹介状等をお持ちの方は受付窓口に提出してください

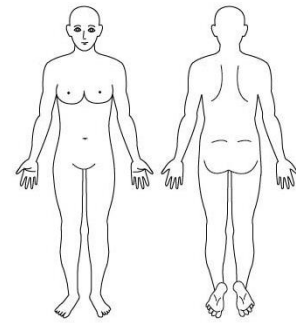
1. いつから症状がありましたか

月 日 午前・午後 頃から

2. 症状のある部位に○を付けてください

3. 思い当たる原因はありますか

- ①交通事故 ②仕事中 ③通勤途中
④わからない ⑤その他()



4. 今回の症状で他の病院を受診されましたか

いいえ はい

5. お薬にアレルギーはありますか

いいえ はい

6. 治療中の病気はありますか

いいえ はい

高血圧 糖尿病 ぜんそく 腎臓病・透析中
心臓病(狭心症・不整脈・心筋梗塞・他)
その他()

7. ふだん飲んでいるお薬はありますか

いいえ はい

また、本日お薬手帳はお持ちですか

いいえ はい

8. 湿布にかぶれますか

いいえ はい(かゆみ・赤くなる・発疹)

9. ペースメーカーの植え込みはありますか

いいえ はい

10. 大きな病気にかかったことや、手術を受けたことがありますか

いいえ はい

11. (女性のみ)

妊娠していますか

いいえ

はい(ヶ月)

可能性あり

授乳中ですか

いいえ

はい

《初めて来院されるかたへ》

1. 当院をどちらでお知りになりましたか

ホームページ 知人の紹介 他院の紹介 その他()

2. 当院を選んだ理由はなんですか

ホームページを見て良さそうだったから 近いから 評判を聞いて
その他()