

予診票 ()

フリガナ 氏 名		職 業	
住 所	〒 TEL	身 長	cm
		体 重	kg
生年月日	明・昭 年 月 日生 (歳) 大・平		

* 本日はどうされましたか？(いつから、どのような症状があるかをお書き下さい)

* 上記の症状の原因は、交通事故または仕事中(通勤中)の はい ・ いいえ
 物ですか？ *はいと答えた方は保険診療では受診できない場合があります。

* 過去に入院や手術、また長期間お薬を飲まれていた病気は はい ・ いいえ
 ありますか？はいの方は病名・薬をお書き下さい。 (病名 :)
 おわかりにならなければ空白で結構です。 (薬 :)

* 現在当院以外の病院で、治療されていますか？ ある ・ ない
 またおわかりになれば病名・お薬をお書き下さい。 (病名 :)
 おわかりにならなければ空白で結構です。 (薬 :)

* お薬手帳お持ちですか？ はい ・ いいえ
 もしお持ちでしたら、受付にお出しください。

* お薬や食べ物で、発疹などのアレルギー症状をおこしたことは ある ・ ない
 ありますか？ ()

* 女性の方のみお答え下さい。 現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ
 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

* 子供さんの場合、卵・牛乳アレルギーはありますか？ ある ・ ない
 (卵 ・ 牛乳)

* 本日希望される検査や処置がありますか？
 血液検査 ・ 尿検査 ・ レントゲン検査 ・ 骨粗しょう症検査 ・ 注射 ・ 点滴
 傷の処置 ・ 吸入 ・ リハビリ(マッサージなど) ・ プラセンタ注射
 インフルエンザ検査 ・ その他()