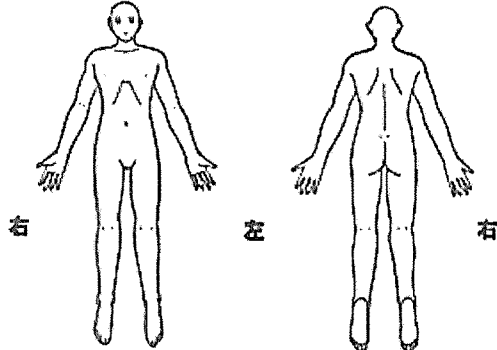
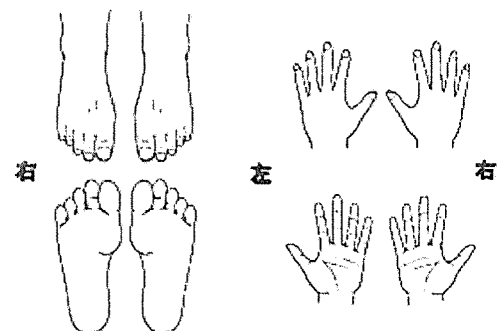


予 診 票 ()

フリガナ				職業	
名前				身長	cm
住所	〒			体重	kg
TEL		体調不良時の緊急連絡先		続柄()	
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日生 (歳)	男・女
※ご本人以外の連絡先をご記入ください					
*本日はどうされましたか？ (症状のある部位に○をつけてください。)					
痛み・しびれ・動きにくい・腫れている 傷がある・ぶつけた・捻挫・やけど その他()					
*症状はいつ頃からありますか？					
() から					
*症状が出たきっかけは何ですか？					
()					
交通事故・仕事中(勤務中)・原因不明 ※保険診療では受診できない場合があります。					
*現在当院以外の病院で、治療されていますか？					
いいえ・はい (病院名 該当するものに○をつけてください 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・脳梗塞 がん()・高尿酸血症・リウマチ・心療内科 (その他))					
*過去に入院や手術を受けられたことはありますか？					
いいえ・はい (病名))					
*お薬や食べ物で、発疹などのアレルギー症状を起こしたことはありますか？					
いいえ・はい ())					
*喫煙、飲酒について教えてください					
・喫煙 吸わない・吸う(本/日)・禁煙した(いつまで喫煙)) ・飲酒 飲まない・飲む(週 日)					
※女性の方へ					
*現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？					
いいえ・はい (妊娠中 ____週・妊娠の可能性あり)・授乳中					
*本日も希望される検査や処置はありますか？ わからない場合は空欄で構いません					
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・プラセンタ注射¥2,000・にんにく点滴(ビタミンC入り)¥2,000 リハビリ・その他()					