

# 予診カード

フリガナ

平成 年 月 日

患者氏名

様

性別（男・女）

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日生（才）

職業

住 所

勤務先名

電話番号

勤務先電話番号

## 南郷通り整形外科

1. 来院されたことについて記入してください。（○印を付けてください）

1) どこが悪いか、右図の心配な所に印を付けてください。

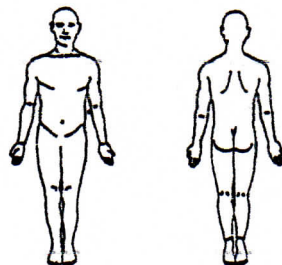
部位（ ）

2) いつから悪いですか。

1. 今日 2. 昨日 3. 月 日から

3) 何か思い当たる原因はありますか。

1. 交通事故 2. 業務上の負傷 3. 通勤途中の負傷  
4. わからない 5. その他（ ）



2. X線撮影、注射、投薬などの参考にしたいので、次の事項の有無をお答え下さい。

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 薬の過敏症（アレルギー）   | ある、ない、わからない        |
| 2. 胃、肝臓、その他の内臓疾患  | ある、ない（病名 ）         |
| 3. 普段飲んでいる薬がありますか | ある、ない              |
| 4. 妊娠             | している、していない、可能性がある  |
| 5. 育児中・授乳         | している、していない         |
| 6. 要介護、要支援認定      | 受けている、受けていない、わからない |

3. これまでにかかった主な病気を書いてください。

（病名 ところ 年 月頃）

4. 以前に当院の診療を受けた事がありますか。

ある（平成 年 月頃） ない

5. 当院をどのように知りましたか？

・近所だから ・口コミで ・広告（電柱等） ・電話帳 ・インターネット ・その他

6. ジェネリック薬品を希望しますか？ はい、いいえ、どちらでもいい