

予診カード (事故)

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

(1) ○事故が起きた日を書いて下さい。

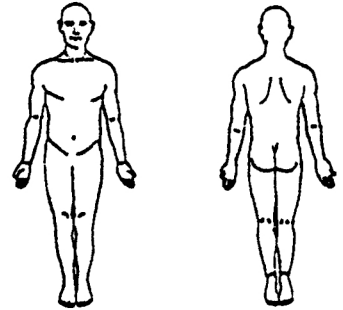
○診断書

要 ・ 不要

年 月 日

(2) どの様な事故でしたか？

(3) 症状がある部位を教えてください。



(4) 症状がでたのはいつ頃からですか？

年 月 日

(5) 今回の事故で他の病院を受診されましたか？

いいえ ・ はい (

病院)

(6) 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) 授乳

している、していない

(7) これまでかかった主な病気を書いて下さい。

(病名：

年

月頃)

(8) 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい：部位

(9) 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

(10) 当院をどのように知りましたか？

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