予診カード（事故）

フリガナ　　令和　　年　　月　　日

患者氏名　　様　　性別（男・女）

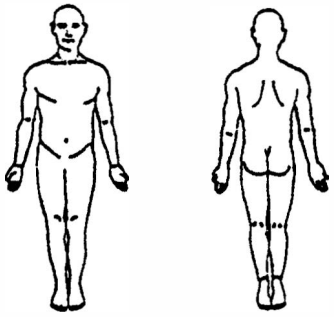
生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　才）　職業

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下さい。

(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　・口コミで　・広告（電柱等）・電話帳　・インターネット　・その他

南郷通り整形外科