

予診カード (一般)

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

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 はい ・ いいえ

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。

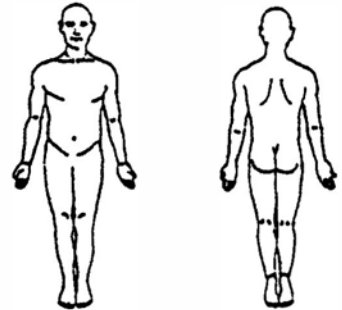
部位 ()

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. 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) izzoo 年 月頃)

4. 今までに手術を受けたことがありますか？

ある：部位 () なし

5. 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

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