

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

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) どこが悪いが、右図の心配な所に印を付けてください。

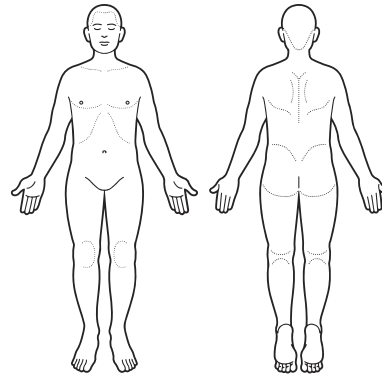
部位 ()

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 ・口コミで ・広告(電柱等) ・電話帳 ・インターネット ・その他

(6) ジェネリック医薬品でよろしいでしょうか?

はい ・ いいえ (先発医薬品を希望される場合は『いいえ』に○をしてください)