

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

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。

年 月 日

○警察提出用の診断書 要 ・ 不要

(2) どのような事故でしたか?

(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)

(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

