

# 予診カード (一般)

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. 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。

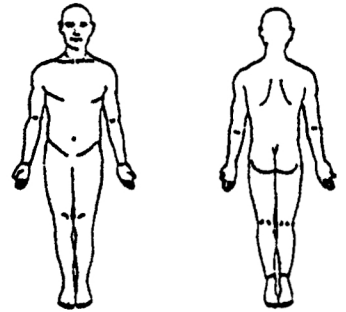
部位 ( )

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 izzogoro 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. ジェネリック薬品を希望しますか？

はい、いいえ、どちらでもいい