

予診票

日付

カルテNo.

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
ご住所	〒		電話番号 緊急連絡先	- - - - []
勤務先 学校名	電話番号			- -
身長	cm	体重	kg	
※ 同伴者のお名前をご記入ください。		お名前	続柄	

紹介状、データ等お持ちの方は受付にお出してください。

紹介状/レントゲンデータ： あり・なし

■ いつ頃から、どのような症状がありますか？

いつ頃 []

痛い・腫れ・きず・出血・しこり・しびれ

その他 []

■ きっかけ、原因はありますか？

不明・はい []

■ 交通事故・労災ですか？

いいえ・はい

■ 現在治療中、又は過去にかかった病気はありますか？

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・喘息

リウマチ・痛風・結核・肝臓病（B・C型肝炎）

ガン [] ・脳梗塞・その他 []

■ 現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳があればご提示ください）

いいえ・はい []

■ 過去に怪我や病気で、手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ・はい []

■ 今までに薬や食品、ゴム手袋、金属等でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい [お薬、食べ物などの名前]

■ 女性の方へ 現在妊娠中ですか？

いいえ・はい [ヶ月] ・可能性がある又は不明・授乳中

■ 当医院をどのような方法で知りましたか？

人から聞いた・インターネット・他院から紹介された

その他 []

■ 症状のあるところに○をつけてください。

