

# 予診カード

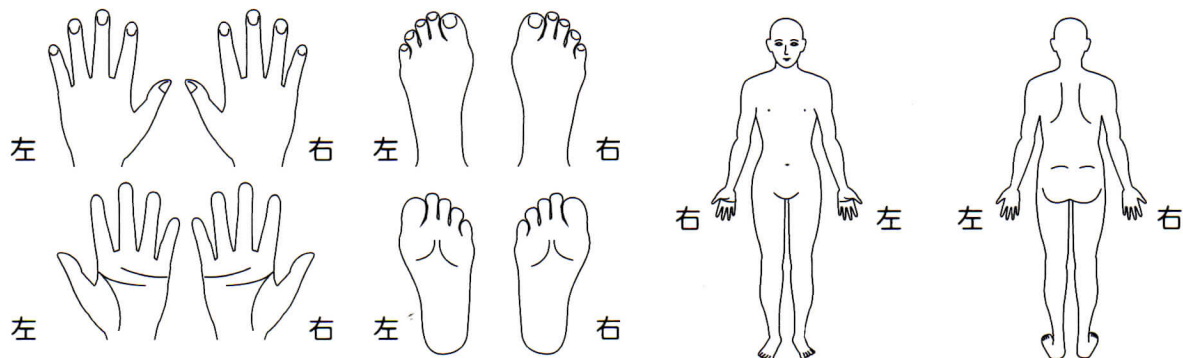
はじめて来院された方へ

記入日 H 年 月 日

ふりがな			
氏名	男 様	住所	〒
生年月日		電話番号	( ) -
保険の種類	健康保険 生保 自賠 労災 自費 その他	職業	

※診察の参考に使用させていただきますので、ご記入お願いいたします。尚、プライバシーは厳守いたします

1、どちらの具合が悪いのですか？症状のあるところに○をつけて下さい



2、どのように具合が悪いですか？

痛み ・ シビレ ・ 動かない ・ 腫れ ・ その他 ( )

3、いつ頃から症状がありますか？

4、具合が悪くなった原因はありますか？

特に思い当たらない ・ 工作中 ・ 通勤中 ・ 交通事故 ・ スポーツ ( )

5、他の病院を受診しましたか？また、何と言われましたか？

受診していない ・ 受診した ( )

6、下に書いてある病気になったことがありますか？

または、現在、治療中のものがあれば ○ をしてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 透析 月 火 水 木 金 土

喘息 リウマチ B型・C型肝炎 ペースメーカー

その他 ( )

7、ふだん飲んでいる薬がありますか？ ある ( ) ・ ない

8、薬・注射・食べ物 その他でアレルギーがありますか？ ない ・ ある ( )

9、女性の方におたずねします。現在、妊娠されている可能性はありますか？ ある ・ ない

10、タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸います (1日 本くらい)

11、現在の身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg 3年以内での体重増減 \_\_\_\_\_ kg

12、当院をどのようにお知りになりましたか？

知人からの紹介 ・ 他院からの紹介 ・ 近所に居住または勤務 ・ 広告、看板  
ホームページ ・ その他 ( )