

予 診 票

初診の方、久しぶりの再診の方はご記入おねがいたします。

ふりがな 氏名	様	身長 体重 利き手	嗜好 ○をしてください タバコ・酒	ご職業
------------	---	-----------------	----------------------	-----

◆当院を何でお知りになりましたか。

- 他院紹介 ○知人 ○家人 ○ライナー ○看板 ○電話帳 ○当院ホームページ
○メール相談 ○ 他インターネット

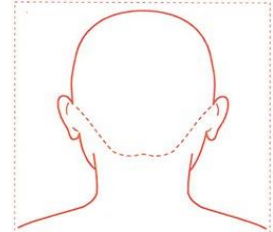
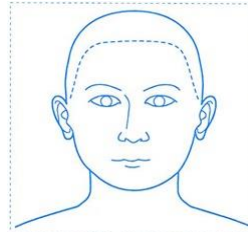
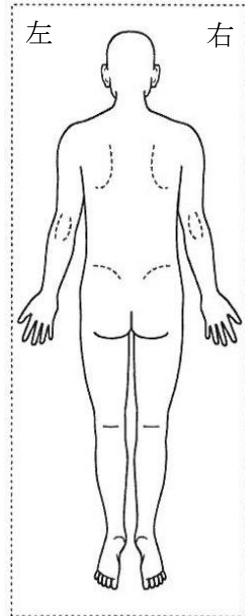
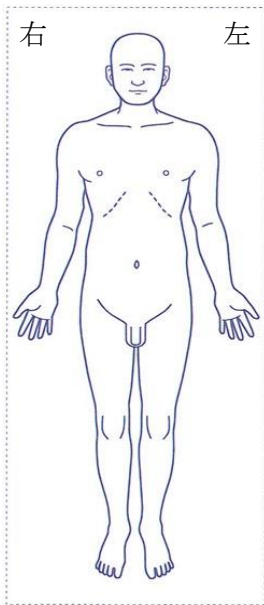
◆車の運転はされますか。

- はい（今日も車を運転して来院している○） ○いいえ

◆今回の症状が次によるものの方はチェックをしてください。

- 交通事故 ○ 労務上の災害 ○ けが（ころんだ、打った、ぶつけた、ねんざ）

◆痛いところ、調子の悪いところに印をつけてください。



症状記入欄

発病したのはいつからですか。

()

◆今回の症状の治療歴をお書きください。

どこで（病院・治療院）（ ）
 期間 （ ）
 診断名 （ ）

裏面に続く

◆今かかっている病気、今までかかった病気、受けた手術内容、時期など、お分かりになる範囲でお書きください。

- 高血圧 ○ 心臓病 ○ 不整脈 ○ ペースメーカー挿入 ○ 肺の疾患 ○ 喘息 ○ 糖尿病
○ 高コレステロール血症 ○ 肝臓病 ○ 腎臓病 ○ 脳卒中 ○ 癌(がん) ○ うつ病
○ 緑内障 ○ インプラント治療 ○ 歯のステント治療 ○ 膠原病 ○ リウマチ ○ 神経難病
○ 手術 ()
○ その他 ()

入院歴(数年以内) 1)
2)

◆今、他院からもらっているお薬がありますか。 (はい ・ いいえ)

お薬手帳あるいは薬そのものをお持ちでしたら、窓口にお出しください。

◆血液をさらさらにするお薬は飲まれていますか? (はい ・ いいえ)
(ワーファリン、バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、プラザキサ、イグザレルトエリキュースなど)

◆薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。 (はい ・ いいえ)

その内容について()

◆女性の方のみ。

妊娠されている可能性はありますか。 (はい ・ いいえ)
わからない場合最終月経日をお書きください。 ()
授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

◆病状をご本人以外で説明してよい方をお書きください。()

◆がん告知についてのご希望をお尋ねいたします。

○自分にすべてしてほしい ○自分には知らせず家人にだけしてほしい

◆治療の内容の希望

○ブロック治療(お注射) 希望する・ 希望しない(お薬リハビリで治療をしたい)
MRI や CT などの検査も希望したい

()

★ 患者情報保護法に従った病院内の取り組み方についての広報が院内入り口に掲示してあります。必ず目をお通しください。