

年 月 日
(:)

予 診 票 【初 診】

ご自身で書けないときは、受付へお申し出ください。

(フリガナ)

氏 名 _____ 年 齢 _____ 性 別 男・女 _____

〒 _____ 住 所 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____

TEL () _____ 職 業 _____

1. 受診希望科は リハビリテーション科(整形外科) ・ 内科
小児科 ・ リハビリテーション科 ・ その他()

2. 具合が悪いところは 手(右・左) ・ 足(右・左)
どこですか 胸部 ・ 腰部 ・ 腹部 ・ 頭部
その他()
・いつ頃からですか 今日 ・ 昨日 ・ 2~3日前 ・ それ以前()
・どのような症状ですか 痛み ・ しびれ ・ 歩きにくい ・ 嘔吐 ・ 下痢
便秘 ・ めまい ・ 発熱 ・ 咳 ・ 気分不良
その他()

3. これまで右記の病気に なし ・ ある 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
かかったことがありますか 糖尿病 ・ 結核 ・ ぜんそく
その他の病気 ・ 手術
()

4. 現在、飲んでいる薬は なし ・ ある ()
ありますか

5. 今までに、薬や注射で 具合が悪くなったことは なし ・ ある (薬品名 :)
ありませんか

・また、食物やその他で アレルギー・蕁麻疹が なし ・ ある ()
出たことはありますか

6. ジェネリック医薬品(後発品) はい ・ いいえ
を希望しますか

7. 現在、妊娠中または いいえ ・ はい
可能性はありますか
(女性のみ)

当院では、詳細な診療明細書を発行しております。明細書を 発行する 発行しない
お薬手帳や紹介状がありましたら、受付にお出し下さい。

当院は予約制のため、予約外の方については、診察の順番が前後することもあります。ご了承下さい。

