

予診カード

ID () 平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名	----- 様 男 ・ 女		
住所	〒 ー	電話	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	(才)
職業	乳幼児 学生 主婦 無職 自営 会社員 (会社名	電話)
保険	健康保険 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費 ・ その他		

1. どこが悪いですか？絵に○で印をつけてください。
 ※緊急を要す場合以外は、原則として1回1部位の診察になります。
 2. どのような症状ですか？

痛い しびれる 動かしにくい はれている
傷がある 変形 その他()

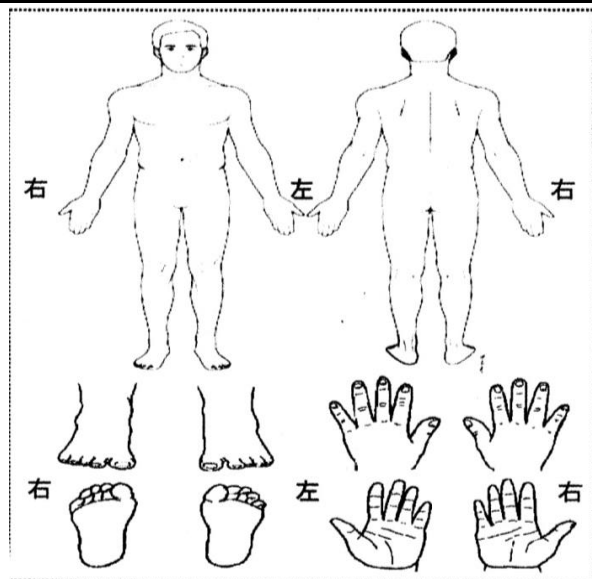
3. 症状(受傷日)はいつからですか？()

4. きっかけ、原因は何ですか？

交通事故 労災事故 スポーツ()
不明 その他()

5. この症状で他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ はい→医療機関名()
 治療内容 お薬 注射 リハビリ 手術 その他()



6. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ
はい→高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞・出血 肝臓病 腎臓病 ぜんそく
悪性腫瘍 その他()

7. 今までに病気やケガで手術を受けたことがありますか？

いいえ はい→いつ() 手術名など()

8. 現在お薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

いいえ はい→お薬名()

9. アレルギーはありますか？

いいえ はい→何のアレルギーですか？()

10. スポーツはしていますか？

いいえ はい()

11. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ はい 不明 現在授乳中ですか？ いいえ はい

12. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

紹介(知人・家族・病院・整骨院) ホームページ 看板広告 雑誌 車内広告
その他()

13. 当クリニックへはどのようにしてお越しになりましたか？徒歩 車 バス 地下鉄 その他()
 ご記入ありがとうございました。受付までご提出をお願いします。