

予 診 カ ー ド

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前				年 月 日 () 歳
ご住所	〒 -	電話番号		
		携帯番号		
職業/学年		身長/体重	()cm ()kg	

【より適切な診察・治療のために、すべての項目のご記入にご協力よろしくお願いします。】

1) 本日、紹介状はお持ちですか？ (はい・いいえ)

2) 交通事故または仕事上の怪我ですか？ (事故・工作中・いいえ)

3) 介護保険の認定を受けていますか？ (はい・いいえ)

4) どのような症状ですか？ (痛み・シビレ・重だるい・その他)

症状のある部位に○をつけてください。(右の図)

その症状はいつ頃からですか？ ()

何か思い当たる原因はありますか？

()

5) 現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい・いいえ)

どこの病院ですか。 ()

6) 現在、服用しているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

(薬剤名：)

7) これまでに入院や手術をした事がありますか？ (はい・いいえ)

いつごろ () 病名 ()

病院名 () 手術 ()

8) 食べ物、薬、注射でアレルギーがでたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方→アレルギー名 () 症状 ()

9) 現在、妊娠中または授乳中ですか？ (妊娠中・妊娠の可能性あり・授乳中・いいえ)

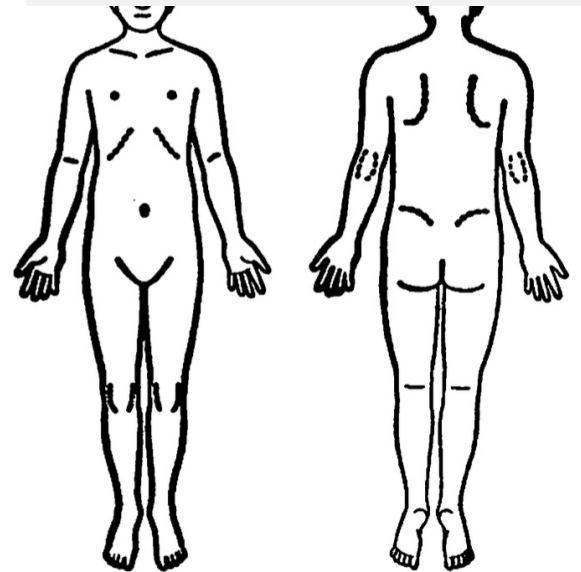
10) 医師が MRI 検査・リハビリ治療を必要だと判断した場合、希望されますか？

(どちらも希望する・MRI 検査のみ希望する・リハビリ治療のみ希望する・どちらも希望しない)

11) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (はい・いいえ)

(受診時期) (指摘事項)

頭部や顔面のケガは専門外です



【18 歳以下の方は下項目のご記入をお願いします】

運動歴 □あり □なし (種目： 頻度： 期間：)

希望するお薬のかたち □錠剤 □粉薬 □座薬

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。