

# 診察のまえに

(フリガナ)  
お名前

様

生年月日 年 月 日 TEL - -

住 所

## ① 今回の症状についておたずねします。

イ. 具合が悪いのはどこですか？

(どこを診察しますか?)

ロ. いつごろから具合が悪いのですか？

ハ. 原因に思いあたることがあればお書き下さい。

交通事故 業務中 通勤途中 その他

ニ. ほかの病院や整骨院などで、すでに治療を受けておられましたらお書き下さい。

病院名 ( ) 治療内容 ( )

※詳しいことは看護師がおたずねしますのでご協力下さい。

## ② 今までに、大きな病気やケガをしたり、手術を受けたことがありますか？

1. ない 2. ある (内容)

## ③ 現在、ほかの病気で治療を受けていますか？ (1. 受けていない 2. 受けている)

受けている方はその内容を教えて下さい。(○で囲んで下さい。)

病気の種類: 心 臓・糖 尿・高 血 圧・肝 臓・腎 臓・婦 人 科・その他

治療の内容: 投 薬・注 射・食 事 療 法・定 期 検 診・その他

## ④ 薬剤などでショックをおこしたり、アレルギーがあった方は教えて下さい。

1. ない 2. ある

## ⑤ 院内における患者様の呼び出しについて

当院では、患者様のお取り間違いの防止および業務を円滑に行うため、院内での患者様の呼び出しは氏名でお呼びしており、ご理解、ご協力いただいております。

院内で、氏名での呼び出しを

1. 承諾する 2. 希望しない(希望されない場合は番号札でのお呼び出しになります。)

## ⑥ 女性の方へ

イ. 妊娠またはその可能性がありますか？

1. ない 2. あるかもしれない 3. ある

ロ. 現在、授乳中ですか？

1. いいえ 2. はい

ありがとうございました。これから診察・治療をいたしますが、通院の途中でも上記の内容に関することで変化がありましたら必ずお申し出下さい。

特に女性の方は、妊娠中にレントゲン写真を撮ったり投薬やリハビリができないことがありますので必ずご記入下さい。