



予診用紙

来院日 西暦 年 月 日

身長 cm 体重 kg

フリガナ 氏名	_____	男・女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日(才)
住所	〒 _____	電話	固定: 携帯:	
緊急連絡	氏名 _____ 続柄 _____	連絡先		
勤務先		連絡先	職業	

- 1 本日はどうなさいましたか? ※どこ(部位)が、いつから、どのようになど。
※みぎ ひだりの記載はひらがなでご記入ください。
- 2 下記に該当されますか? でお答えください。
交通事故 仕事中のけが その他()
- 3 この症状で現在あるいは過去に治療を受けていますか? いいえ はいの場合↓以下に詳細をご記入ください。
()
※紹介状や画像データがございましたら、この用紙とともに受付にご提出ください。
- 4 今まで当院にかかれたことはありますか? いいえ はい 不明
- 5 現在かかられている医療機関はありますか? いいえ はい (院名)
- 6 現在飲んでいるお薬はありますか? いいえ はい ()
※お薬手帳をや処方内容をお持ちの方は診察時にご提出ください。
- 7 今までに大きな病気にかかったことがありますか? いいえ はいの場合↓以下に詳細をご記入ください。
()
- 8 今までに手術や輸血を受けたことがありますか? いいえ はいの場合↓以下に詳細をご記入ください。
()
- 9 体内に金属はありますか? (ペースメーカー・義歯など) いいえ はいの場合↓以下に詳細をご記入ください。
()
- 10 食品や薬などでアレルギーを起こしたことがありますか? いいえ はいの場合↓以下に詳細をご記入ください。
(食品: _____ 薬品: _____)
- 11 女性の方にお尋ねします。
現在妊娠または妊娠の可能性はありますか? いいえ はい
現在授乳中ですか? いいえ はい
- 12 新型コロナワクチン接種状況をお教えてください。
未接種 接種済 最終 回目 年 月 日 不明
- 13 介護保険の認定を受けておられる方はお教えてください。
要支援() 要介護() 居宅支援事業所()
担当ケアマネ() (TEL _____ 携帯 _____)
- ☆ 記入者【 本人・代筆(氏名) _____ 患者様との関係 _____ 】

ご提供いただいた個人情報は当院にて厳重に管理し、業務範囲内でのみ利用させていただきます。

医療法人社団 智聖会 安藤病院

2022.10改訂