

予診票

お名前 _____ 性別（男 女） ご年齢 _____ 歳

1, 本日は紹介状や、検査データ（検診や人間ドックの資料など）をお持ちですか？

ある ない

2, かかりつけ医（定期的に受診しているクリニックなど）がありますか？

はい（医療機関名： _____ 医師名 _____)

いいえ

3, 本日来院された理由は何ですか？（いつからどのような症状がありますか？）

4, 今回の症状について既に医療機関を受診されていますか？

はい（医療機関名： _____)

いいえ

5, これまでにかかった病気や、現在治療中の病気がありましたらお書きください。

6, 現在服用中のお薬がありますか？ありましたらお薬のお名前をお書きください

（お薬のリストがありましたら記入不要です。診察室でリストをお見せ下さい。）

7, お薬でアレルギーがでたことはありますか？ある場合はお薬の名前と症状をお書きください。

8, 血縁の方（両親、兄弟）に大病をされたかた、持病をお持ちの方がいらしたらご記載ください。

9, 以下の項目もご記入ください

●タバコ： _____ 本／日、 ●アルコール： _____ /日

●食欲： 良 普通 不良、 ●睡眠： 良 普通 不良、

●排便： _____ 回／日、 ●排尿： _____ 回／日、

（女性の方のみ）

●最終月経： _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで

●妊娠について： 妊娠している 妊娠の可能性ある 妊娠していない