

診察受付票

(令和 年 月 日)

フリガナ		男・女	大・昭・平・令	年	月	日生
名前						
住所	〒		電話	(自宅)	—	—
				(携帯)	—	—

(1) ① : 今日はどうなさいましたか？

② : それはいつからですか？ _____

③ : どうしてそうになりましたか？ _____

(2) 今までにどんな病気にかかりましたか？

ない ある

(○をつけて下さい) 心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 脳疾患

糖尿病 高血圧症 低血圧症 リウマチ 喘息 その他

(3) 今かかっている病気はありますか？あれば病名をお知らせ下さい。

ない ある ()

(4) 現在毎日飲んでいるお薬はありますか？

お薬手帳、お薬の一欄表をお持ちでしたらお見せ下さい。

ない ある ()

(5) ① : お薬や食べ物などでアレルギーはありますか？

ない ある ()

② : 湿布等で赤くなったり、かぶれたりしたことはありますか？

ない ある

(6) 現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい

ありがとうございます。ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

草加松原整形外科医院