

予 診 表

年 月 日

(本日初診の方にお尋ねします。再診の方で、住所変更のある場合はご記入ください。)

〒 _____ 住所 _____ TEL. _____
(フリガナ) _____
氏 名 _____ 明治・大正 _____ 年 月 日 男・女 (_____ 才)
昭和・平成 _____

- 過去に当院で受診されたことがありますか。 ある ない
- 本日は何科に受診でしょうか。
 外科・整形外科 内 科
 小児科 皮膚科
- 本日はどうなさいましたか。

- 熱がありますか。
 ある _____ 度 本日・ 昨日 (朝・昼・夕・夜)
 ない
- この病気で、他の病院 (医院) を受診しましたか。
 ある (_____ 月 _____ 日) 病院名: _____ 診断名: _____
 ない
- 大きな病気、ケガで、入院・手術をされたことがありますか。
病名: _____ 時期: _____ 年 _____ 月ごろ
病名: _____ 時期: _____ 年 _____ 月ごろ
- 薬で副作用が出たことがありますか。
 ある (薬の名前: _____)
(どんな副作用でしたか: _____)
 ない
- 女性の方で、現在妊娠の可能性のある方は、事前にお話下さい。
- その他、上記に当てはまらないものがありましたらご記入お願いいたします。

どうもありがとうございました。診察の上で、大変参考になります。

のがたクリニック