

# 診察を受けられる方へ

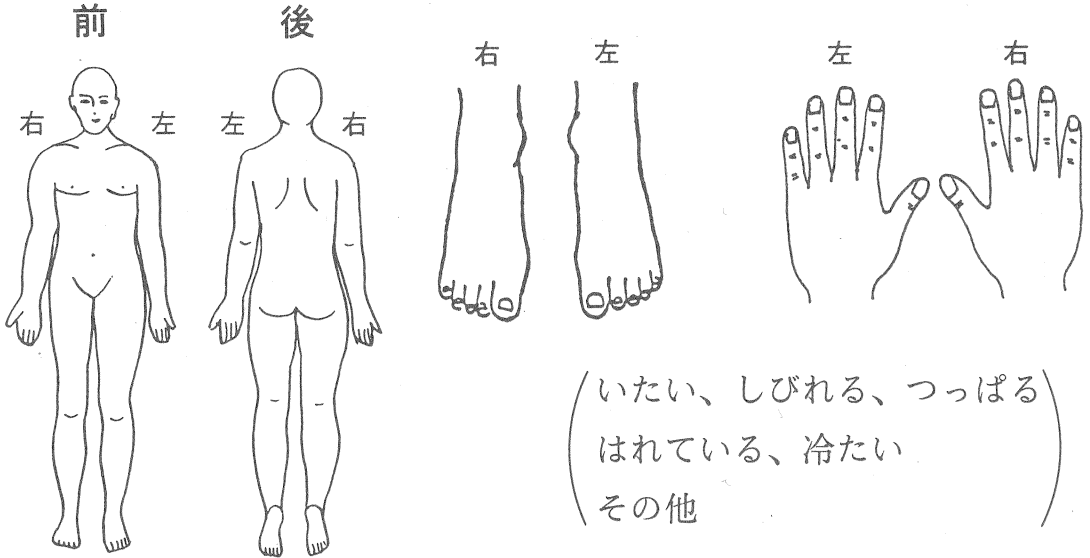
ふりがな

お名前

年令

才 男・女

1. 本日はどこの具合が悪く、診察にみえましたか？  
その場所を○で囲んでください。



2. いつ頃からでしょうか？

年 月 日, 週間前, カ月前

3. どのようなことが原因でしょうか？

①ケガ ②ケガではない ③原因がわからない  
④その他 ( )

4. ①以前大きな病気をしたことがありますか？

( )

- ②現在治療中の病気はありますか？

(高血圧、心臓病、糖尿病、その他 )

5. ①薬のアレルギーがありますか？ ②ぜんそくはありますか？

はい いいえ はい いいえ

〈飲み薬・注射〉 ( )

6. 女性の方に質問します。現在、妊娠していますか？

はい いいえ わからない