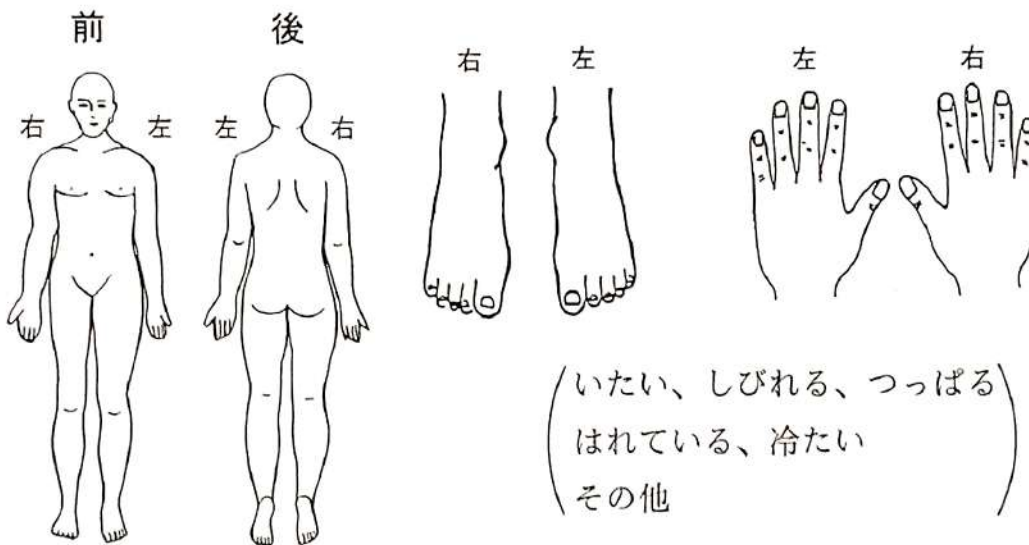


診察を受けられる方へ

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男 / 女	大・昭・平・令	歳
			年 月 日	
住所	〒 -			
	電話 () -			

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,

ヵ月前

3. どのようなことが原因でしょうか？

- ① ケガ ② 傷 (ある・なし) 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？

はい いいえ

〈飲み薬・注射〉 ()

- ② ぜんそくはありますか？

はい いいえ

6. 職業 ()

7. 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