



# 予診票

平成 年 月 日

フリガナ ( )  
 お名前 ( ) (男・女) ご職業 ( )  
 生年月日 ( 年 月 日) ( 才)  
 住民票登録のある (〒 - )  
 ご住所 ( )  
 電話番号 ( - - ) 携帯電話 ( - - )

※13歳未満の方は体重をお書き下さい ( kg)

- ◆ いつから、どのような事でお困りですか？ 今までの経過をお書き下さい。  
 その他、ご要望などございましたら、お書きください。
- ◆ 現在使っている薬の種類など、わかる範囲でお書き下さい。(お薬手帳をお持ちでしたら一緒にご提出下さい)
- ◆ 今までに入院したり、長期通院した病気やけがなどがあれば、お書きください。
- ◆ お薬を飲んだり、注射を受けたりした後で、気分が悪くなったり体にかゆみがかたりした事がありますか？  
 また、アレルギー体質(食べ物・お薬を含む)、ぜんそく、花粉症などの診断を受けたことがありますか？  
 (ある・ない) ※「ある」と答えた方は具体的にお書き下さい。
- ◆ 今まで輸血や手術を受けた事がありますか？  
 (ある・ない)  
 生まれてから今までで、麻酔を受けて気分が悪くなったことはありますか？  
 (ある・ない) ※小さなケガの処置や歯医者さんでの抜歯などで使った麻酔も含む。
- ◆ 今までに漢方薬を飲んだ事がありますか？ (ある・ない・覚えていない)  
 「ある」と答えた方は、その名前などをお書き下さい。( )  
 漢方薬の処方を希望されますか？ (はい・いいえ・わからない)
- ◆ 女性の方へ 現在、妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない)
- ◆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
 ( ) 家族や知り合いの方から聞いた  
 ( ) 家が近いので・・・  
 ( ) インターネットで調べた

※なお、お書き頂いた内容については診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。 香取医院