

問 診 票

記入年月日 年 月 日

I D No. _____

双 愛 整 形 外 科

※紹介状 あり ・ なし

生年月日

※画像 あり ・ なし

フリガナ 男

氏 名 女

_____年 _____月 _____日生 _____才

郵便番号 (〒 _____)

住 所

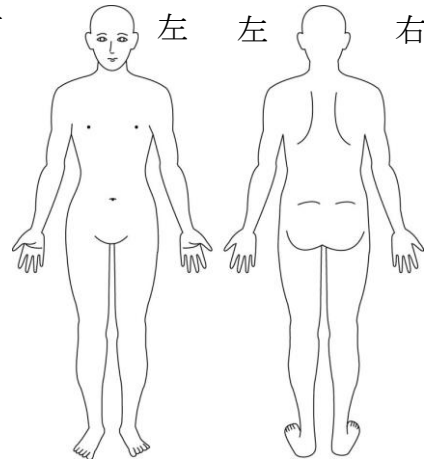
電話番号 _____

本日はどこをどうされましたか？

☆右の図に斜線で印をつけて下さい

いつごろからですか？ _____

右 左 左 右



今回のおケガは、交通事故・仕事中（労災申請にかかわるもの）ですか？ はい ・ いいえ

現在治療中または、今までに治療を受けたことのある病気を○で囲んでください

脳梗塞 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 喘息 糖尿病

その他 (_____)

今飲んでいるお薬はありますか？ な し ・ あ り _____

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ な し ・ あ り _____

女性の方へ現在妊娠されていますか？ していない ・ している _____ヶ月

お薬の処方は？ 当院を希望する ・ 調剤薬局を希望する ・ 処方不要

介護保険の申請をして認定を受けていますか？

いいえ ・ はい → 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 申請中

当院をどのようにして知られましたか？

イ. インターネットをみて ロ. 広告・看板をみて ハ. _____に聞いて