# 身体疾患確認表　Vol.5

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿

※情報提供書等に記載があればご記入不要です

| | |
|---|---|
| 内科系 | ☐ 循環器　☐ 呼吸器　☐ 消化器　☐ 腎臓　☐ 代謝内分泌<br>☐ 膠原病　☐ 神経内科　☐ 血液内科　☐ その他（　　） |
| 外科系 | ☐ 心臓血管　☐ 呼吸器　☐ 消化器　☐ 脳神経　☐ 泌尿器<br>☐ 形成　☐ 乳腺内分泌　☐ 眼科　☐ 産科　☐ 婦人科<br>☐ 整形　☐ 耳鼻咽頭科　☐ その他（　　） |
| その他 | ☐ 歯科　☐ 放射線科　☐ 精神科　☐ 小児科　☐ 心療内科<br>☐ リハビリテーション科　☐ ペインクリニック科　☐ その他（　　） |
| | ① 疾患名（　　）<br>かかりつけ先（　　）<br>服薬内容／治療内容［　　］<br>② 疾患名（　　）<br>かかりつけ先（　　）<br>服薬内容／治療内容［　　］<br>③ 疾患名（　　）<br>かかりつけ先（　　）<br>服薬内容／治療内容［　　］<br>その他［　　］ |