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 ☐ 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 ☐ 形成　☐ 乳腺内分泌　☐ 眼科　☐ 産科　☐ 婦人科 ☐ 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 ☐ 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　（　　） かかりつけ先　（　　） 服薬内容／治療内容　〔　　〕 ② 疾患名　（　　） かかりつけ先　（　　） 服薬内容／治療内容　〔　　〕 ③ 疾患名　（　　） かかりつけ先　（　　） 服薬内容／治療内容　〔　　〕 その他　〔　　〕