

フリガナ			生年月日			
お名前	様		男 女	年	月	日 (歳)
職業 (学校・学年)			仕事の内容 (スポーツ種目)			
ご住所	〒 -					
電話番号(携帯)	() -		電話番号(自宅)	() -		
※緊急連絡先	名称又は氏名					
	(続柄)		連絡先TEL	() -		

※緊急連絡先は必ずご記入ください。気分が悪くなられた場合等に使用いたします。

◆本日、診察を受けられる傷病についてお答えください。

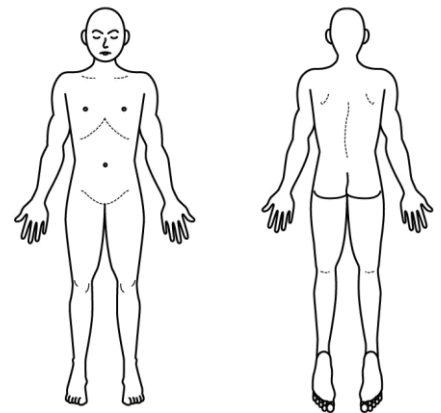
◇当院では患者様の待ち時間を短縮するため、緊急性がある場合を除き、「診療は原則1箇所」にさせていただいておりますのでご了承ください。

1. 診療を受けられる部位はどこですか。(→右図に○印をつけてください)

部位 ()

2. どのような症状でお困りですか。

症状 ()



3. 症状がでたのはいつ頃ですか。

年 月 日 時頃

4. 診療を受けられる傷病の原因は、

工作中 交通事故 スポーツ中 その他

5. 経過について簡単に教えてください。

()

◆介護認定を受けておられますか？

はい 要介護 () 要支援 () わからない いいえ

たちいり整形外科

裏面もご記入ください



◆ 下記項目についてお答えください。			
1	記入日	西暦	年 月 日
2	身長・体重	身長	cm 体重 Kg
3	喫煙の有無	A 有り	B 過去に有り Cなし 上記A・Bの場合 1日喫煙本数 本年 喫煙年数
4	皮膚にカブレ、しっしんがしやすいですか。	はい	いいえ
5	ぜんそくといわれた事がありますか。	はい	いいえ
6	これまで医師から特別な体質と指摘された事がありますか。	はい	いいえ
7	くすりをのんだり注射をして副作用が起きた事がありますか。	はい	いいえ はいの方は詳しく記入してください
8	治療中に気分が悪くなった事がありますか。 (採血・処置など)	はい	いいえ
9	現在のんでいるくすりがありますか。	はい	いいえ 「はい」の方は下記に記入して下さい。
	病院名・薬品名（薬品名が不明の場合は病名）： お薬手帳持参の方は記入不要です。右の（□）にチェックし、窓口に提出してください。（□）		
10	現在かかっている病気、過去にかかった病気、 これまでに手術を受けた事がありますか。	はい	いいえ 「はい」の方は下記に記入して下さい
	病名や手術名やインプラント名・年月日・病院名：		
11	この半年の間に、他院でMRI・CT・胃透視検査 などを受けられた事がありますか。	はい	いいえ 「はい」の方は下記に記入して下さい
	検査名・年月日・病院名：		
◆ 女性の方は下記項目についてもお答え下さい。			
12	妊娠していますか	はい	いいえ わからない
13	授乳中ですか	はい	いいえ