

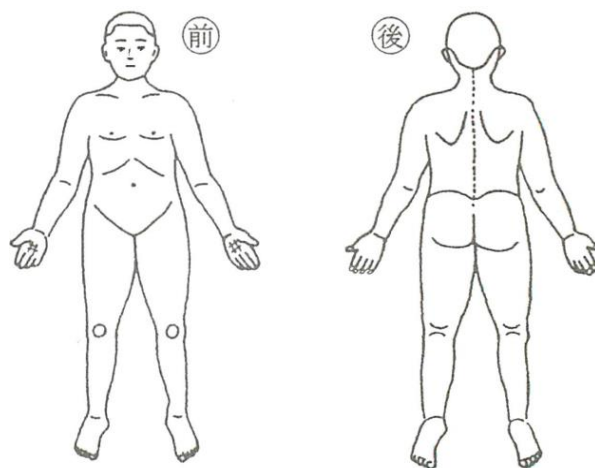
整形外科診療申込み・問診票

ふりがな		電話	ご自宅	-	-	
お名前	様 男・女		携帯	-	-	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒					
職業	(具体的に)	スポーツ歴				

いつからですか？

昭和・平成 年 月 日から
()年()ヶ月()日前から

調子の悪い所に○や印をつけて下さい。



どんな症状ですか？ どうされましたか？

[]

仕事中または交通事故ですか？

いいえ・はい → 仕事中・交通事故

そのことで診察を受けたことはありますか？ いいえ・はい → (病院名)

言われた病名は？ ()

受けた処置、使っているお薬は？ ()

現在または過去にかかった他の病気はありますか？ いいえ・はい

病名は？ 心疾患・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・喘息

その他の病名や手術歴など詳しく書いてください。

[]

血液をサラサラにするお薬の内服 なし・あり → (薬の名前)

食べ物・お薬でアレルギーはありますか？ なし・あり → (内容)

現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい ()ヶ月・いいえ・わからない

当院をどのようにお知りになりましたか？

お知り合い・ご家族からの紹介(お名前) ・ ホームページを見て
駅の看板を見て ・ 立て看板を見て ・ 通りすがりに ・ ご近所に (お住まい・通勤・通学) されている
その他 ()