

整形外科診療申込み・問診票

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

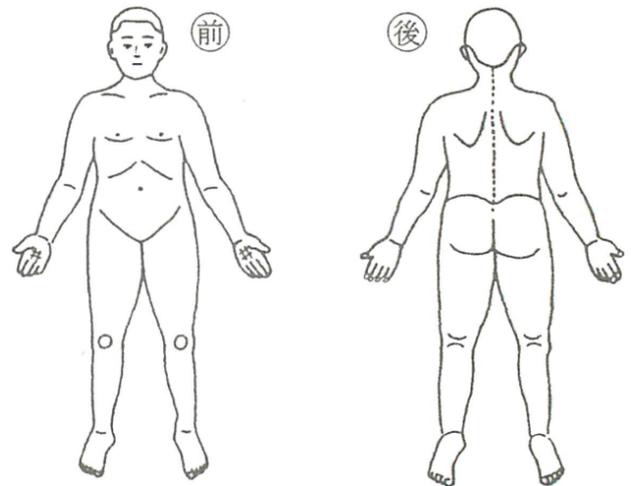
いつからですか？

平成・令和 年 月 日から

()年 ()ヶ月 ()日前から

どんな症状ですか？ どうされましたか？

調子の悪い所に○や印をつけて下さい。



工作中または交通事故ですか？

いいえ・はい → 工作中・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()