

整形外科外来受診の方へ

年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日 (_____ 歳)

性別 男・女 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 (_____ / _____)

住所 〒(_____ - _____) _____

電話番号 _____ ご自宅 _____ 携帯 _____

紹介状 あり なし 持参フィルム・CD あり なし ※お持ちの方は受付へお渡しください。

■どのような症状ですか。 具体的にご記入ください。

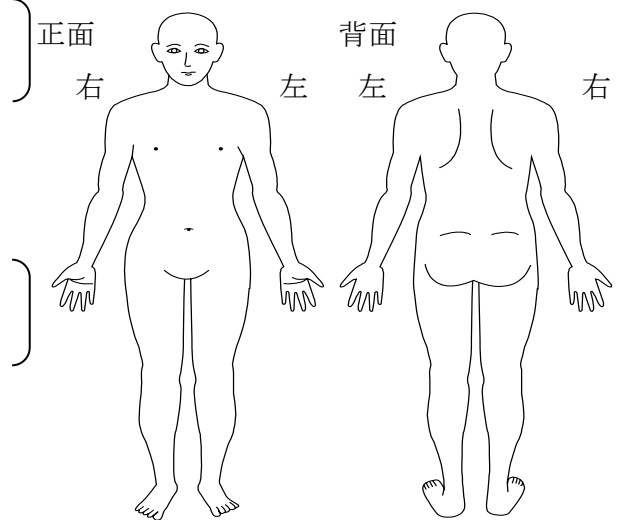
{
痛み 痺れ
}

■いつ頃からですか。(_____ 月 _____ 日)頃

■原因はありますか。

{
交通事故 仕事中 特になし
スポーツ中 (種目: _____)
}

〈 症状のある部位に○印をつけてください。 〉



■今回の症状で他の病院などで治療を受けていますか。

なし あり 病院名: _____

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、ご記入ください。

{ _____ }

■今までに手術の経験はありますか。

なし あり

病名: _____ いつ頃: _____ 病院名: _____

■薬のアレルギーはありますか。 なし あり (_____)

■食べ物のアレルギーはありますか。 なし あり (_____)

その他: _____

■現在、飲んでいる薬はありますか。

なし あり 薬品名: _____ 病院名: _____

※お薬手帳をお持ちの方は、診察室にてお見せください。

■女性の方へ

現在妊娠中(可能性も含む)、授乳中ですか。

いいえ はい

■ご来院のきっかけをお選びください。

家・会社・学校が近所

知人・家族の紹介

他医からの紹介

専門医だから

インターネット

その他(_____)

ご協力ありがとうございました。 記入が終わりましたら受付にお持ちください。