

## 診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 才 )
氏名				
住所				
電話番号	自宅		携帯	
学校・会社名	電話番号			

## 【質問事項】

・現在かかっている、または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病・腎臓病・胃潰瘍・肝臓病・糖尿病・喘息・脳梗塞・リウマチ・痛風・がん その他 ( )	はい・いいえ
・現在服用中のお薬はありますか？ 「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。 薬の名前 ( )	はい・いいえ
・過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の方は、あてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に )	はい・いいえ
・飲むのが苦手な薬はありますか？ 錠剤・粉・液体・その他(具体的に )	はい・いいえ
・タバコを吸いますか。 「はい」とお答えの方、1日に何本吸いますか。(1日 本)	はい・いいえ
・お酒を飲みますか。 「はい」とお答えの方、お酒を一週間に何日位お飲みになりますか。 週に6日以上・週に3～5日・週に2日以内 1日にどれ位の量を飲みますか。( )	はい・いいえ
・女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか。 なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠 週)	はい・いいえ
・授乳中ですか？	はい・いいえ
・診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。 竹村・本田・水野	
・当院では、初診時または保険変更時に保険証コピーを確認の為にらせていた たいております。保険証のコピーをとることに同意しますか。	はい・いいえ
・院内のお知らせをメールでお送りさせていただきます。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。	

メールアドレス

- \* 禁煙外来は完全予約制のため、禁煙治療をご希望の方はあらかじめお電話にてご予約ください。
- \* 形成外科・美容皮膚科のご予約については、ホームページよりお申し込みください。

# 整形外科問診票

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

下記事項についてあてはまるところに○印をつけてください。

1. 症状が出たのはいつからですか？

24時間以内 ・ 1週間以内 ・ 1ヶ月～半年前 ・ 1年以上前

2. どのような症状ですか？

痛み ・ しびれ ・ 違和感 ・ 腫れ ・ 動きにくい  
その他( \_\_\_\_\_ )

3. 症状のある部位はどこですか？右図に○印をつけてください。

4. 原因として思い当たる事がありますか？

交通事故 ・ 工作中 ・ 通勤途中 ・ スポーツ ・ 転倒  
特になし ・ その他( \_\_\_\_\_ )

5. 今回の症状で検査・治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある ( 整形外科・接骨院・整体・その他 )

6. ハリ治療・マッサージ(自費)のご希望はありますか？

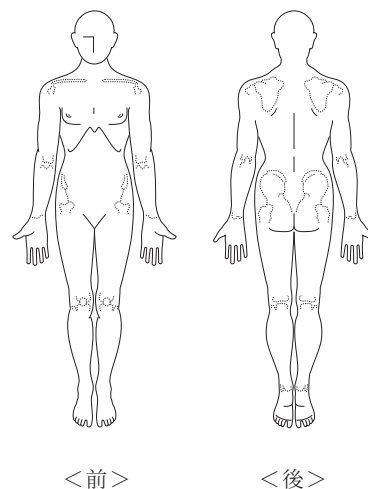
ない ・ ある ・ わからない

7. CT・MRI検査を希望されますか？

はい ・ いいえ ・ わからない

8. その他、何かご希望がありましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]



症状のある場所に  
○印をつけてください