

《整形外科》診療申込書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日
住所 〒			
電話番号	自宅	携帯	
学校・会社名	電話番号		
薬で飲めないものはありますか？	錠剤	粉	液体 その他(具体的に)
現在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()			
過去にアレルギー症状が出たことはありますか？		なし	あり
あり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)			
お酒(1日 本)	喫煙(1日 本)		
女性の方→妊娠の可能性	なし	あり(未確認)	現在妊娠中(月)
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	
当院を何でお知りになりましたか？ インターネット・看板・広告・紹介者(名前)			
保険証の複写をとらせていただくことに同意いたします。			氏名
マイナンバーカードの薬剤情報などの提供について同意します。			氏名

1.いつから症状が出ましたか？

()

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ことはありますか？

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 く整形外科・接骨院・整体・その他()>

6.その他、何かご希望がありましたらご記入ください。

[]

