

# 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。

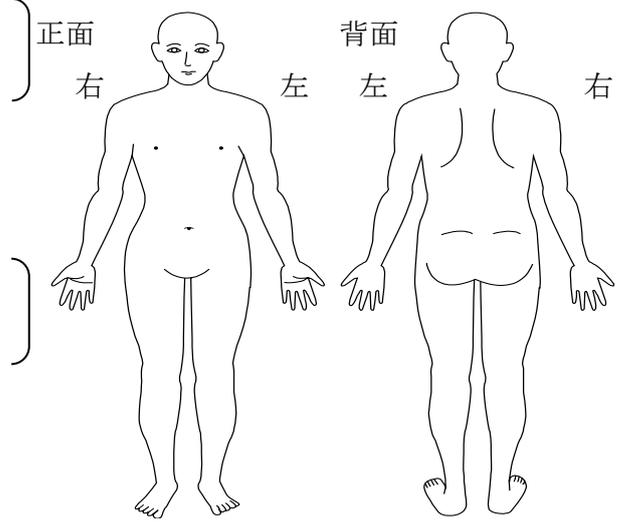
{  
痛み 痺れ  
}

■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。