

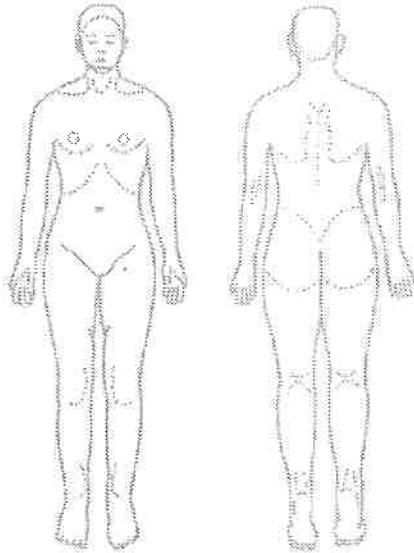
# 初めて整形外科を受診される方へ

ID: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		生年月日		年齢	歳
名前		M・T・S・H・R	年 月 日		
住所	〒 _____			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
電話番号	_____ - _____			緊急連絡先(携帯番号) _____ - _____	

**1. 具合の悪い部位に○をつけて下さい。**



**2. いつ頃からどのような症状でお困りですか？**

・いつ頃からですか？  
本日 昨日 数日前  ( )週間前  
 ( )ヵ月前  ( )年前

・症状  
痛い 腫れている 傷 動きが悪い  
その他( )  
 具体的な症状をお書きください

**3. 原因を簡単に教えてください。**

交通事故 勤務中の災害 通勤中の災害  
転倒 スポーツ中( )

**4. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか？**

わからない その他( )

いいえ はい…(病名: \_\_\_\_\_) 病院・医院名: \_\_\_\_\_  
 (治療法: \_\_\_\_\_)

・また、その治療でどのような変化がありましたか？  
良くなった 悪くなった 変わらない その他( )

**5. 現在、治療中の病気はありますか？**

高血圧 糖尿病(HbA1c \_\_\_\_\_ ・インスリン中) 心臓病 肝臓病 腎臓病 高脂血症 喘息  
リウマチ 橋本病・バセドウ病 その他( ) なし

**6. 何かお薬を飲んでいますか？**

\* お薬手帳などをお持ちの方はご用意ください。

いいえ はい…(お薬の名前: \_\_\_\_\_)  
 血液をサラサラにする薬を 飲んでいる 飲んでいない わからない

**7. 今までに薬や麻酔、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？**

いいえ はい…(名前と症状: \_\_\_\_\_)

**8. 体内に金属などが入っていますか？**

ペースメーカー アートマーク・刺青 ステント その他( )  
なし

**9. 女性の方のみお答えください。**

妊娠していない 妊娠している( )ヵ月 わからない 授乳中

**10. 当院をどのようにお知りになりましたか？**

家族・知人 インターネット 当院ホームページ その他( )

\* 診療内容によって順番が前後する場合がございます。