

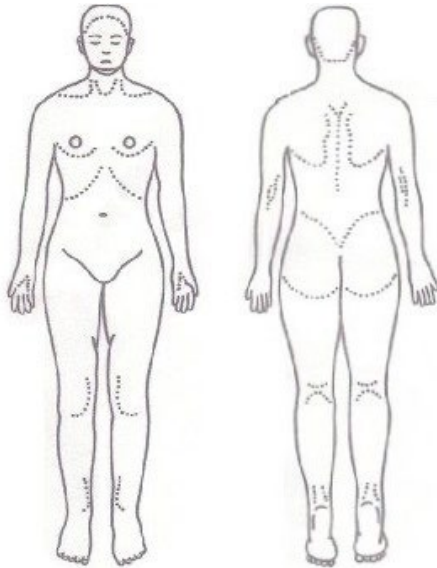
初めて整形外科を受診される方へ

ID: _____

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日	
名前		M・T・S・H・R 年 月 日	年齢 歳
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
 () カ月前 () 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()
わからない その他()

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？

- 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()

診療情報提供書・画像CD-R等、お持ちでしたら一緒にお出し下さい。

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 アートメイク・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()カ月 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。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

内房整形外科クリニック