上青木整形外科

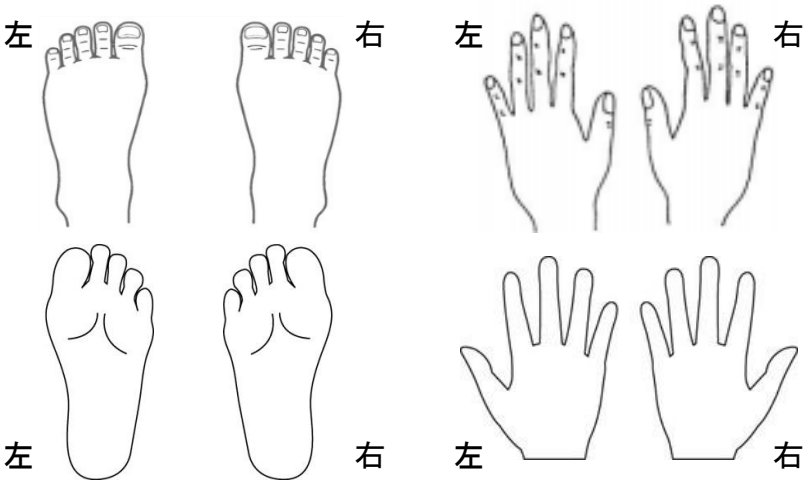
診　療　申　込　書

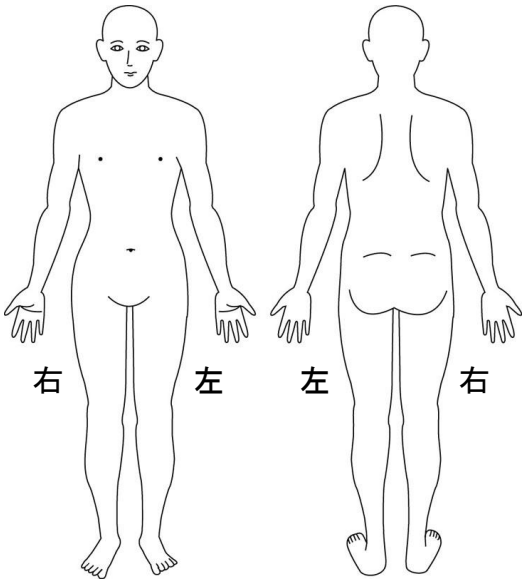
ID　　日付：

ふりがな		男・女	大・昭・平・令　　年　　月　　日生　（　　才）
お名前			介護認定を受けていますか？　は　い　・　いいえ 介護保険利用の有無　あ　り　・　な　し
住　所	〒　　－		電話番号　　－　　－
			緊急時連絡先　　－　　－
			小学生までの方のみ体重　（　　）kg

※下記の項目について記入もしくは〇で囲んで下さい。

1. 来院時の体温は何℃ですか？　【　　℃　】
2. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？
   【 紹介（家族 ・ 友人 ・ 知人）・ 新聞チラシなどの広告 ・ インターネット ・ 前を通って 】
3. どこで怪我をされましたか？　【 交通事故 ・ お仕事中/通勤中 ・ 学校 ・ その他（　　）】
4. どのような症状ですか？　【 痛み ・ しびれ ・ その他（　　）】
   また、症状のある部位に〇をつけてください。





5. 症状が生じた原因についてご記入ください。
   （　　）
6. いつからですか？　【　　月　　日　　時　】　頃から
7. 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか？
   【 癌・心疾患・肝疾患・腎疾患・肺疾患・糖尿病・高血圧・リウマチ・喘息・その他（　　）】
8. 現在、上記の病気等で通院していますか？ ――――【 いいえ ・ はい（　　）】
9. 現在、飲んでいる薬はありますか ――――――【 いいえ ・ はい（　　）】
10. ①　薬や注射のアレルギーはありますか？ ――――【 いいえ ・ はい（　　）】
    ②　貼り薬や塗り薬でかぶれた事がありますか？ ―【 いいえ ・ はい（　　）】
11. ペースメーカーの使用をしていますか？ ――――【 いいえ ・ はい 】
12. 女性の方にお尋ねします。　現在妊娠中ですか？ ―【 いいえ ・ はい（　ヵ月）・ 不明 】
    現在授乳中ですか？ ―【 いいえ ・ はい 】