

新小岩整形外科

診療申込書

ID

年 月 日

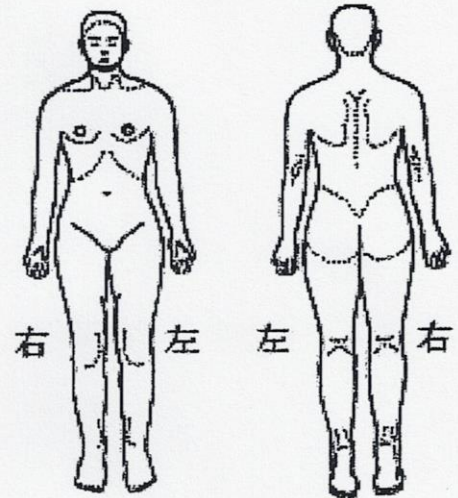
ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生 (才)
お名前		女	介護認定を受けていますか? はい・いいえ			
			介護度: 要支援 1、2 要介護 1、2、3、4、5			
住所	〒	電話		-	-	
		緊急時連絡先		-	-	
		小学生までの方のみ体重 () Kg				

※下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

- 1) 当院をお知りになったきっかけは? 紹介 (家族・友人・知人) 新聞チラシ広告 インターネット 前を通過
- 2) どこで怪我をされましたか? 学校での怪我 (スポーツ振興利用は3割負担) ・ その他 ・ 交通事故
お仕事中/通勤中→ (労災の書類が揃うまで10割負担 ・ 健康保険 使用後の労災切り替えは出来かねます。)
- 3) 今日の症状に○をつけてください。 : 痛み ・ しびれ ・ その他 ()
- 4) いつからですか _____ 月 _____ 日頃から
- 5) 症状が生じた原因についてご記入ください。(わかる範囲でお願いします)

※診察前、先にレントゲンにご案内する場合があります。レントゲンを希望しない場合はお申し付け下さい

6) 図に○をつけてください。



- 7) 前立腺肥大・緑内障の病気はありますか? なし あり ()
- 8) 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか?
心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 糖尿病 高血圧 リウマチ 喘息 高脂血症 その他 ()
- 9) 現在、他の病気で通院していますか? していない している ()

- 10) 現在飲んでいる薬がありますか? ない
ある → 受付にお薬手帳お持ち下さい
→ マイナンバーで見て下さい

お薬手帳お忘れの方は、内容を簡単にご記入下さい

- 11) 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ことがありますか? ない ある ()
- 12) ペースメーカーを使用していますか? いいえ はい
- 13) 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか? いいえ はい (月) 不明
現在授乳中ですか? いいえ はい
- 14) 必要があればリハビリテーション (運動療法) を希望しますか? はい いいえ 診察次第