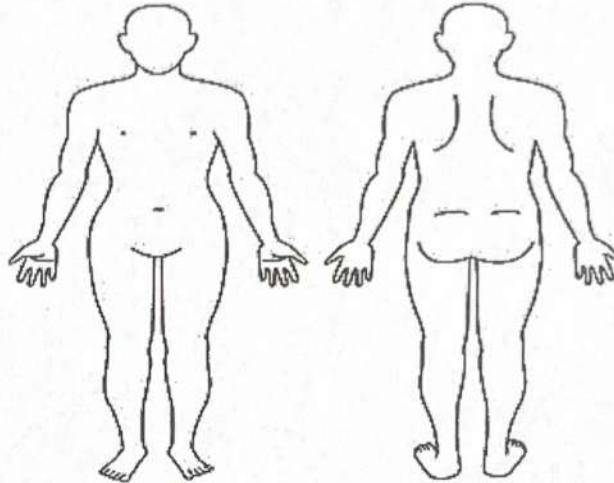


外科外来受診の方へ

ID		年 月 日
住所	〒	TEL: 携帯: 本人・その他(続柄:
フリガナ		生年月日: S・H・R 年 月 日
氏名		性別(男・女) 年齢(歳)
体温 ℃ ※具合の悪いところに○をしてください		

右



右

■ どのような症状ですか

()

■ いつからですか? 年 月 日~

■ 原因はありますか? ()

☐ 交通事故 ☐ 仕事中

■ 今回の病気で他の医院などで治療を受けていますか? どんな治療をしていますか?

☐ なし ☐ あり 医院名() 治療() ※紹介状 ☐ あり ☐ なし

■ スポーツはしていますか(していましたか)?

☐ していない ☐ している

■ 今までにかかった病気やケガ、治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()に記入下さい。

☐ 喘息(歳頃) ☐ 高血圧(歳頃) ☐ 糖尿病(歳頃) ☐ 心臓病(歳頃)

☐ その他()

■ 今まで手術や輸血の経験はありますか?

☐ なし ☐ あり 手術の内容()
いつ頃:() 病院名:()

■ 現在飲んでいる薬はありますか?

☐ なし ☐ あり 薬品名:() ※お薬手帳 ☐ あり ☐ なし

■ 薬のアレルギーはありますか?

☐ なし ☐ あり()

☆ 骨塩定量検査(骨の強さを測定する検査)

☐ 希望する 料金【1割・450円】 【3割・1350円】

確認者: