

# 整形外来受診の方へ

ID

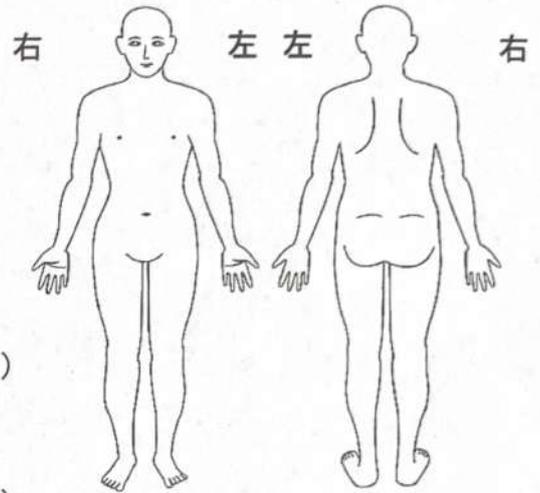
年 月 日

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

■ いつ頃からどこを、どうされましたか？  
右の絵にも○で印をつけて下さい。



具合の悪いところを○して下さい



■ 原因はありますか？ )

交通事故  仕事中

■ 今までに同じようになったことがありますか？ )

いいえ  はい(いつ: )

■ 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

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。 )

薬品  なし  あり( )

食べ物  なし  あり( )

その他  なし  あり( )

■ たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた

(一日 本、約 年間)

アルコール  飲まない  飲む(種類: 、一回 杯、 毎日  時々  月2~3回)

■ 女性の方へ

妊娠している可能性は？  ある  ない

☆ 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: