

診察申込書（整形外科）

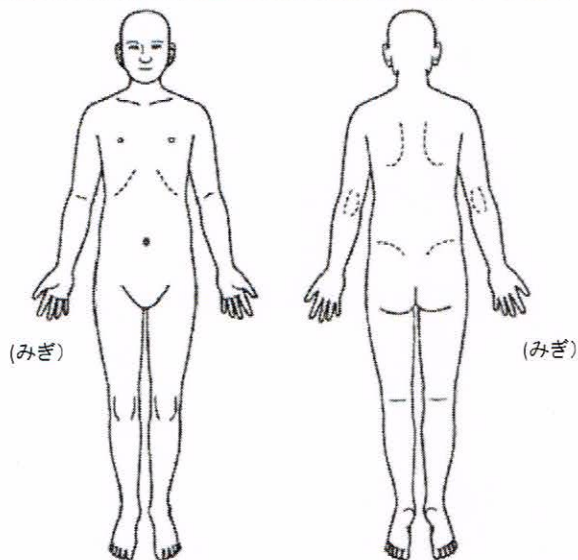
記入日

フリガナ		性別	明・大・昭・平・令	年齢
氏名		男・女	年 月 日生	歳
自宅住所 (〒 -)			電話 () -	
			携帯 () -	
身長	cm	体重	kg	介護保険 なし・要介護() 要支援()

■ 痛いところに○を付けて下さい。

■ いつからですか？

■ 痺れのあるところに斜線を付けて下さい。



■ 思いあたる原因は？

① 食物、薬、注射で、じんま疹・薬疹が出たり、ショックを起こしたことがありますか？

(例)くすり: 抗生剤で発疹又は気分不良 食物: 卵などでじんま疹

いいえ はい 食物・薬品名()

② 今回の症状で、以前に受診をしましたか？

いいえ はい () 病院・医院)

③ 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名) 病院)

④ 現在、お薬をのんでいますか？

いいえ はい (薬品名) ※お薬手帳をご提示ください

【女性の方へ】

◎ 現在妊娠していますか？

いいえ はい (妊娠 週目)

◎ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい