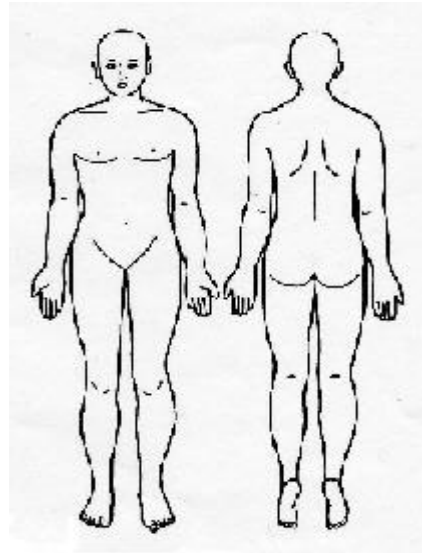


# 初めて受診される方へ ◆うすい整形外科◆

フリガナ	
お名前	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住所	〒(        -        )
電話	(        ) -



← 症状の部位に○印を

- 今日はどうされましたか？  
 症状は？ \_\_\_\_\_  
 原因は？ \_\_\_\_\_
- いつごろからですか？  
 (1) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ごろから  
 又は、何日前から？ \_\_\_\_\_日前から/ \_\_\_\_\_カ月前から/ \_\_\_\_\_年前から  
 (2) どこかで治療を受けましたか？  
 \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → (病院名 \_\_\_\_\_) )
- 以前に同じ症状はありましたか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい \_\_\_\_\_)
- 仕事をしてみえますか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → (どんな？ \_\_\_\_\_) )  
 スポーツはしてみえますか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → (どんな？ \_\_\_\_\_) )  
 ↓  
 \_\_\_\_\_週に \_\_\_\_\_回くらい、又は月に \_\_\_\_\_回くらい
- 薬や注射、食べ物などのアレルギーはありますか？  
 \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → (どんな？ \_\_\_\_\_) )
- これまでにかかった病気やケガ、手術の経験はありますか？  
 \_\_\_\_\_ (ない・ある → \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- いま体の中に、過去の手術で金属が入っていますか？ (骨折プレートやペースメーカーなど)  
 \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → (どんな？ \_\_\_\_\_) )
- 現在、通院中のケガや病気がありますか？  
 \_\_\_\_\_ (ない・ある → 高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・胃潰瘍・ケガ  
 (他 → \_\_\_\_\_) )
- 現在、飲んでいる薬はありますか？ (漢方薬、市販薬などを含む)  
 \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → \_\_\_\_\_)
- 女性の方におたずねします。  
 妊娠中ですか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → ( \_\_\_\_\_ヶ月) ・分からない  
 出産経験はありますか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい → ( \_\_\_\_\_回)  
 授乳中ですか？ \_\_\_\_\_ (いいえ・はい \_\_\_\_\_)
- 診察や治療で、特に希望されることはありますか？  
 (例：注射はイヤ、リハビリ希望、薬はいらない、検査を希望など)  
 \_\_\_\_\_
- 薬の受取場所について、ご希望がございましたか？  
 アイセイ(当院門前) ・ \_\_\_\_\_ 以外
- 現在の体重は？ \_\_\_\_\_ kg
- 明細書発行のご希望は？ \_\_\_\_\_ (いる ・ いない \_\_\_\_\_)

\*ご記入、有難うございました。