



## 整形外科を受診される患者様へ

よりよい診察を受けていただける様に努力致しております。ご協力をお願い致します。

受診者氏名		年齢	生年月日	職業	
フリガナ		才	T・S・H・R	性別	男・女
			年 月 日生	身長	cm
				体重	kg
住所 〒				電話	
				携帯	
緊急 連絡先	電話	名前		続柄	

1) どうされましたか(当てはまるものに○をして下さい)

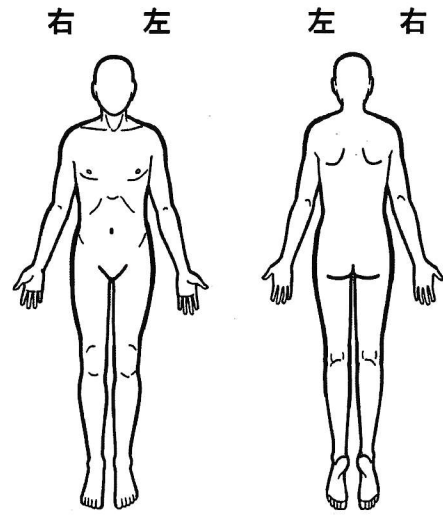
☆ 痛み・しびれ・その他( )

☆ 部位(右図にしるしをつけて下さい)

☆ いつからですか 年 月 日から

仕事中・通勤中・交通事故

その他( )



2) その病気、けがで他の病院を受診されましたか  
(はい・いいえ)

病名:

病院名:

3) 今までに入院、手術を受けた事がありますか  
病名:

病院名:

(はい・いいえ)  
年

4) 今までに薬や注射で異常がありましたか  
なし・あり( )

5) 女性の方にお聞きます

現在妊娠していますか

可能性はありますか

授乳中ですか

(はい・いいえ)

(はい・いいえ)

(はい・いいえ)

6) 現在、または今までに大きい病気にかかった事がありますか

(はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 肝炎 リウマチ 癌  
その他( )

7) 現在、服用している薬 (あり・なし)

※(あり)の方は、お薬手帳を受付へお出し下さい

8) 現在、または今までスポーツをしていましたか  
スポーツ名( )

(はい・いいえ)

9) 介護保険認定を受けられていますか(65歳以上の方)

(いいえ・要支援・要介護)

認定を受けられた方へ

ご利用のサービスは何ですか (デイサービス・デイケア・その他 )

10) 当院をどのように知りましたか

1.インターネット 2.知人・友人の紹介 3.医療機関からの紹介 4.書籍

5.その他( )

11) 当院へはどのようにして来られましたか(複数可)

1.徒歩 2.公共交通機関(バス・電車等) 3.車 4.その他( )