

初めて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。

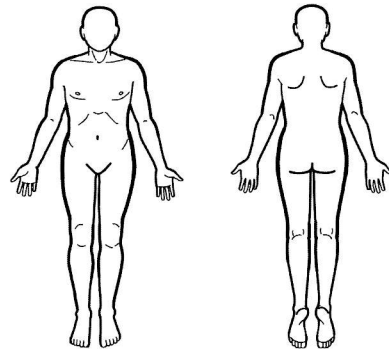
受診者氏名	年齢	生年月日	職業	
刀がナ		M・T・S・H 年 月 日生	性別	男・女
			身長	cm
			体重	kg
住所 〒			電話	
緊急連絡先 電話				

1) 新本先生の診察は初めてですか (はい・いいえ)

2) MRI検査目的の受診ですか (はい・いいえ)

3) リハビリを希望されますか (はい・いいえ)

4) どうされましたか
: 部位(右図にしるしをつけてください)
: いつからですか 年 月 日から
: 工作中・通勤中・交通事故
: その他()



5) 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 (病院・医院)

6) 今までに入院、手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)
病名: 年
病院名:

7) 今までに薬や注射で異常がありましたか
なし・あり()

8) 女性の方にお聞きします 現在妊娠していますか (はい・いいえ)
可能性はありますか (はい・いいえ)

9) 現在、または今までに大きい病気にかかったことがありますか (はい・いいえ)
高血圧 糖尿病 肝炎 リウマチ 癌
その他()

10) 現在、服用している薬 (医院処方: 市販薬:)
※ お薬手帳をお持ちの方は、受付へお出し下さい

11) 現在、または今までスポーツをしていましたか (はい・いいえ)
スポーツ名()

11) 介護保険証をお持ちですか (はい・いいえ)

12) 11)で「はい」と回答した方は、介護保険を利用されていますか (はい・いいえ)

ありがとうございました。