

診察申込書（整形外科）

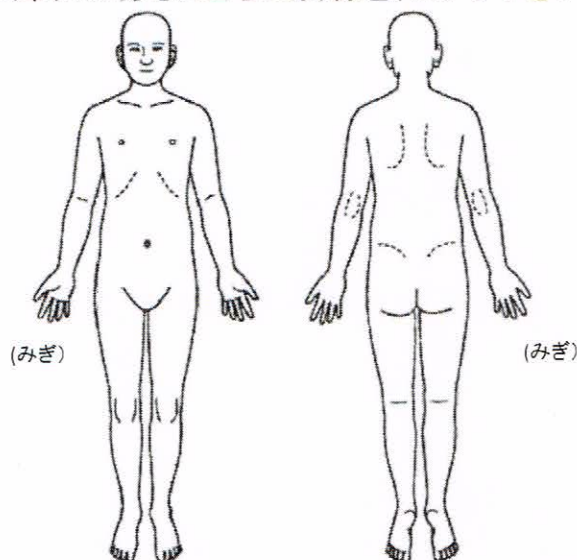
記入日

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

記入日

[illegible]

◎最終月経 (月 日から)

◎現在妊娠している (週目) 妊娠の可能性 (☐あり ☐なし)

◎授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい