

# はじめて受診される患者さんへ

※ご記入または○で囲んで下さい。

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	T S H R	年 月 日生 ( 才 )
氏名	男・女			
住所	〒	電話	( )	—
1. どのような症状ですか？ 痛い ・ しびれる ・ 腫れ ・ 動きにくい 傷がある ・ やけど その他 ( )			4. 症状のある部位に○をつけて下さい。	
2. いつ頃から症状がありましたか？ 平成・令和 年 月 日 __日前 __週間前 __ヶ月前 __年前				
3. 症状が出たきっかけは何ですか？ 転倒 ・ 転落 ・ 重い物を持った ・ ぶつけた ひねった ・ 切った ・ はさんだ ・ 運動中 仕事中 ・ 原因不明 その他 ( ) ※但、交通事故による診察は当院ではしていません。				
5. 今回の症状のことで、他のお医者さんに診てもらいましたか？ はい ・ いいえ どのお医者さんですか？ ( ) 言われた病名は？ ( ) 受けた処置 ・ もらった薬は？ ( )				
6. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ はい ・ いいえ 病名と時期をできるだけ詳しく書いて下さい。 ( )				
7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ ( )				
8. 麻酔の薬で気分が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ				
9. 女性の方 : 現在、妊娠していますか？ はい ・ いいえ ( ヶ月 ) 授乳中ですか？				