

初 診 申 込 書

No.

年 月 日

ふりがな				男・女
氏 名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
住 所	〒			電話 ( )
				携帯 ( )
勤 務 先				電話 ( )

本日はどうなさいましたか？（部位とその症状をご記入ください）

	どこが	いつから	どうなさいましたか？
1			
2			

原因はなんですか？ ・ 仕事中心 ・ 通勤、通学または帰宅途中 ・ 交通事故 ・ スポーツ中  
 ・ その他 ( )

身長と体重をお聞かせください。 身長 cm、 体重 kg

**問診欄** 治療に必要になりますので、どちらかに○で囲んでください。

- ・ 大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがある。 (はい・いいえ)  
 ( 歳・ 歳・ )
- ・ 注射をして気分が悪くなったり、薬にて発疹がでたことがある。 (はい・いいえ)
- ・ アレルギー体質といわれたり、喘息をおこしたりしたことがある。 (はい・いいえ)
- ・ 家族の方で、アレルギー体質や、大きな病気をされた方がいる。 (はい・いいえ)
- ・ けいれんを起こしやすい体質である。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、他の病院、医院にかかっている。 (はい・いいえ)  
 ( )
- ・ いままで、あるいは現在、他の整形外科にかかっている。 (はい・いいえ)  
 ( )
- ・ 現在服用している薬がありますか（お薬手帳があれば提示してください） (はい・いいえ)  
 ( )
- ・ 現在、妊娠あるいは妊娠の疑いがある。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、授乳中である。 (はい・いいえ)

**病院へは**

- ・ 徒歩 ・ 車 ・ JR ・ 阪急 ・ バス ・ 自転車 ・ スクーター

**その他、特記事項等ございましたらご記入ください。**

ご協力ありがとうございました。なお個人情報保護に関しましては、当院で全力で取り組んでおります。  
 り 整形外科クリニック