

診察を受けられる方へ

(フリガナ)

氏名 _____ 様

住所 ※初めて来院または変更ある方のみ

(〒 _____) [市・町] _____ 番地

電話(携帯番号) _____

職業 _____

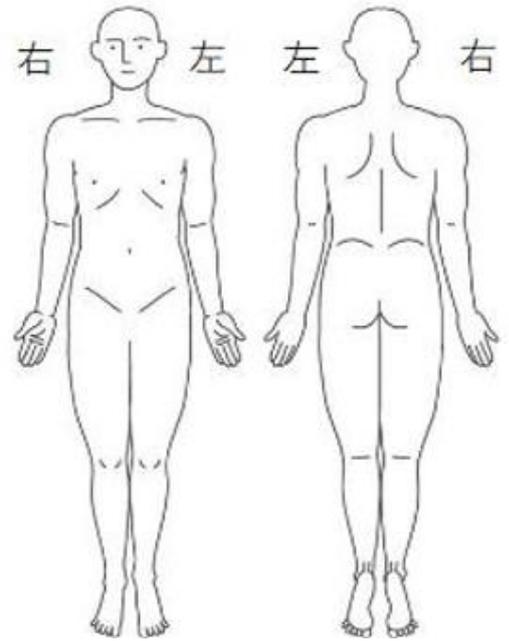
身長 _____ cm 体重 _____ kg

① お仕事または交通事故ですか (はい・いいえ)

[はい]の方

日時 月 日 時 分 ころ

場所



症状がある部位に○をしてください

② 18歳以下の方 学校または園でのケガですか(はい・いいえ)

[はい]の方

災害給付金を利用(する・しない)

③ 本日はどのような症状ですか

年 月 日～

④ 診療・検査についてご希望があれば教えてください。

⑤ 今まで病気・ケガ等で通院・手術・入院をしたことがありますか (ない・ある)

(_____)

⑥ 現在のんでいるお薬はありますか (ない・ある) ある方お薬手帳をお出してください

何のお薬ですか 血圧・糖尿病・心臓・不整脈・脳梗塞・痛み止め・その他

お薬手帳お忘れの方 (薬名 _____)

⑦ 今までに下記の病名で、治療・診断を受けたことがありますか (ない・ある)

喘息・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・アレルギー体質

⑧ 今までに薬や注射で、じんま疹が出たり具合が悪くなった事がありますか(ない・ある)

(お薬の名前 _____)

⑨ 女性の方へ 現在妊娠の可能性はありますか (ない・ある・わからない)

現在授乳中ですか (いいえ・はい)



安川整形外科
クリニック

YASUKAWA ORTHOPAEDIC CLINIC