

発行年月日

ID

氏名

様

# 整形外科診療申込書

フリガナ				性別	
氏名					
生年月日	年	月	日	満	歳
住所	〒 -				
第一連絡先				第二連絡先	
身長	cm	体重	kg		
1. 本日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？					
□ はい □ いいえ					
2. 本日はどこを診てほしいですか？ 下の絵に○をつけてください。					
3. 上の絵に○をつけた部分の症状は？					
			痛み	しびれ	その他 ( )
4. いつからですか？					
			年	月	日頃
5. 何をしてからですか？					
( )					
6. 今回の症状で、他の病院で治療をしていますか？					
はい ・ いいえ					
※はいと答えた方：いつですか？					
			年	月	日頃
7. 仕事や通勤中のケガですか？					
はい ・ いいえ					
8. 交通事故ですか？					
はい ・ いいえ					
※はいと答えた方：受傷時、意識は失いましたか？					
はい ・ いいえ					
9. 喘息はありますか？					
はい ・ いいえ					
※はいと答えた方：痛み止めを飲んだことがありますか？					
はい ・ いいえ					
※飲んだとき、喘息発作が起きましたか？					
はい ・ いいえ					
10. 糖尿病はありますか？					
はい ・ いいえ					
11. 現在治療中の病気はありますか？					
はい ・ いいえ					
※内服している薬はありますか？					
( )					
12. 今までに大きなケガや病気はありますか？					
はい ・ いいえ					
13. 手術を受けたことがありますか？					
はい ・ いいえ					
※はいと答えた方：いつ頃ですか？					
			年	月	日頃
※体内に金属が入っていますか？					
はい ・ いいえ					
14. 薬のアレルギーはありますか？					
はい ・ いいえ					
15. 妊娠している可能性はありますか？					
はい ・ いいえ					
			妊娠週数：	週	日
16. その他					
( )					

□ 看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します。