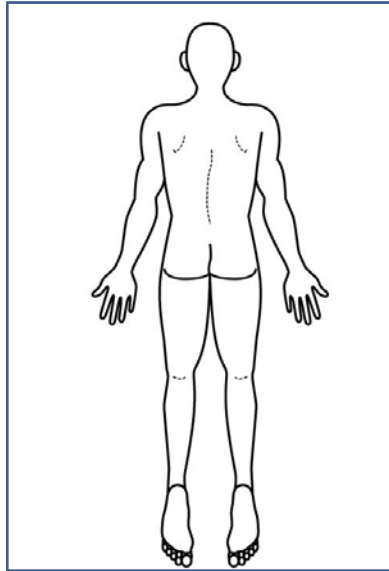
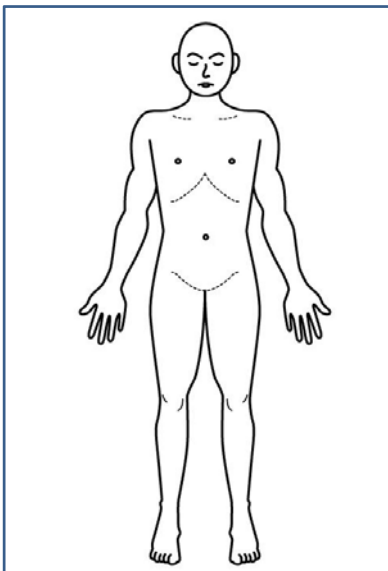


整形外科の診療を初めて受けられる患者さまに

ふりがな		生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / 平成
お名前	さま		年 月 日
年齢・性別	満 () 歳 男性 ・ 女性		
身長・体重	身長	c m	体重 kg
住 所	〒 _____		
電話番号	ご自宅 ()	—	
	携 帯 ()	—	
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1, 2 / 要介護 1, 2, 3, 4, 5)		

① 今回来院のきっかけとなりましたのは、どのような症状でしょうか？

下の人体図に○印などでご記入下さい。



- けがをした いたい
しびれる はれている
頭が痛い めまい
その他

① それはいつ頃からでしょうか？ _____ 月 _____ 日頃から

② 今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり

ありの方は該当項目にチェックをお願いします。

- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
その他(_____)

③ 今、現在、服用中のお薬はありますか？ なし

あり→薬品名がおわかりになればお教え下さい。

④ 過去に、お薬や歯科の麻酔や食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはございますか？ なし あり _____

⑤ 女性の方は・・・ 妊娠の可能性はありますか？ なし あり

最終月経 _____ 月 _____ 日から ・ 閉経している