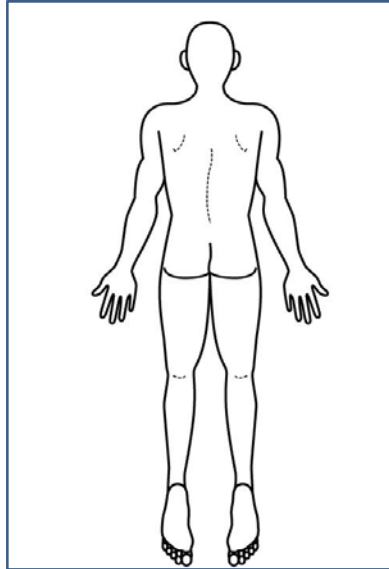
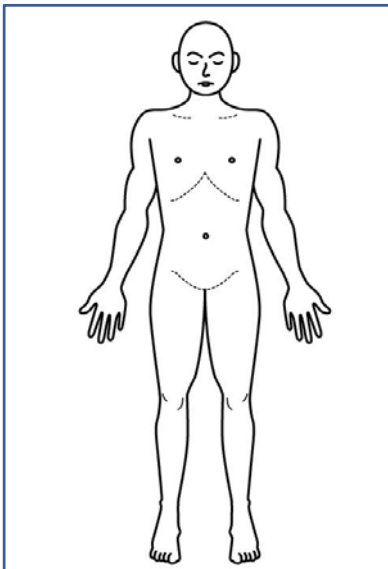


整形外科の診療を初めて受けられる患者さまに

ふりがな			
お名前	_____ さま		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	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 () _____	—	

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

② それはいつ頃からでしょうか？ _____ 月 _____ 日頃から

③ 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 (_____)

④ 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。

⑤ 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 _____

⑥ 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

※ 大阪産業大学の学生の方は受付に申し出て下さい