

はじめて来院された方へ

※下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。
平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
お名前			明・大・昭・平	年 月 日()才
住 所	〒		電話	()
			携帯	
勤務先名称				
勤務先住所	〒		電話	()

1・どこが悪いですか？(身体の悪い部分に○をつけてください)

①どんなふうに悪いのですか？

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きが悪い
その他()

②いつからですか？

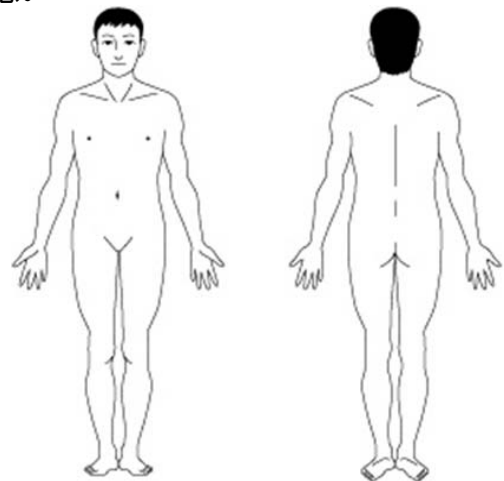
(月 日から)(日位前から)

③原因はありますか？

わからない・工作中・通勤中・交通事故・スポーツ中()
その他()

④それについて治療・手術をうけたことがありますか？

ない・ある()



2、現在、何かスポーツをしていますか？

いいえ・はい(種目: 頻度:)

3、今までにどんな病気をしましたか？ ない・ある

【ある場合】

心臓病・肝臓病・腎臓疾患・肺疾患・脳疾患・糖尿病・高血圧症・喘息
その他()

身長 cm 体重 kg

4、現在、他の病気で通院していますか？

していない・している

5、現在飲んでいる薬がありますか？

ない・ある

6、①薬や食べ物で発疹がでたことがありますか？

ない・ある

ある場合⇒それはどんな薬・食べ物ですか？()

②貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか？

ない・ある

7、少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか？

ない・ある

8、いままでに局所麻酔をしたことがありますか？(歯の治療など)

ない・ある

9、女性の方に現在妊娠中ですか？

いいえ・はい(月)

10、当院をどこでお知りになりましたか？

通行中・都電の広告・都バスの広告・電柱の広告・同僚、知人の紹介
他院からの紹介・電話帳・ホームページ・その他()

※ 上記の情報につきましては、個人情報として当院にて慎重に保管を行い、みなさまの治療と予防、健康管理の目的以外に利用は致しません。尚、みなさまの健康管理と予防のために当院からご案内をお送りすることがあります。

西早稲田整形外科