

初めて受診される方へ

いいだ整形外科

記入年月日 年 月 日

| | | | | | | |
|--------|-------------|------------------|---------|---|---|----------|
| ふりがな | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 才) |
| 氏 名 | | | 平成 | | | |
| 住所 | | | 携帯電話 | - | - | |
| | | | 連絡先 () | - | - | |

☺ 本日受診した症状について。
症状のある部位を、右の絵に○をつけて下さい。

・いつから

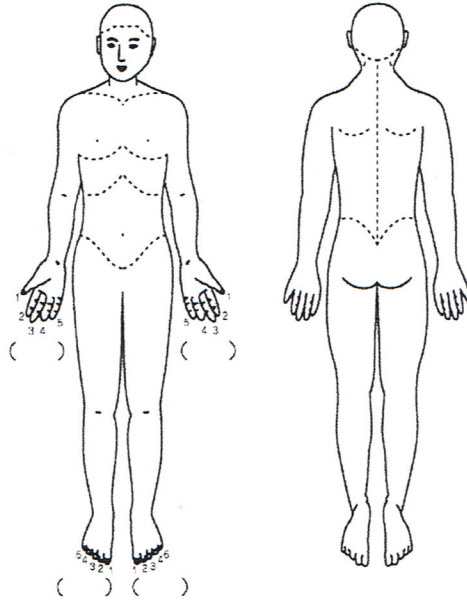
・どんな症状ですか

・症状のきっかけ・原因の心当たりは

交通事故 勤め先での仕事中的けが

スポーツ 転倒 特になし

その他 ()



☺ 現在、他の病院にかかっていますか。

なし あり (病院名 _____ 病名 _____)

☺ 現在、服薬中のくすりはありますか？

なし あり (薬名 _____)

☺ 今まで大きな病気にかかったり、手術、ペースメーカー埋め込み等を受けたことがありますか

なし あり ()

☺ 薬や食品で気分が悪くなったり、アレルギーを起こしたことがありますか

なし あり ()

☺ 女性の方へ、妊娠中または授乳中でしょうか

いいえ 妊娠中 (月) 授乳中である

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

☺ マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか？ はい いいえ