

# 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	明治	年	月	日生 才	
氏名			大正				昭和
〒	—	現住所					連絡先 ( ) —



どちらで当院をお知りになりましたか

- 家族     友人・知人     電話帳     新聞・ちらし     道沿いの看板  
 当院の前を通過して     インターネット     その他 ( )



どのような症状でお困りですか？症状のある部位を右の絵に○をつけて下さい。

・いつから

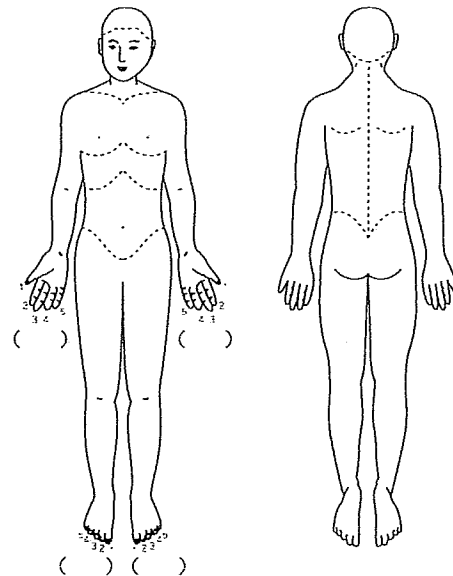
\_\_\_\_\_

・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     仕事中のけが  
 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。服薬中の薬はありますか

- なし     あり (病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )  
 (薬名 \_\_\_\_\_ )



今まで病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

- なし     あり ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・喘息 ・結核  
 ・その他 ( )



体内にペースメーカーや金属はありますか

- 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 (  か月 )     授乳中である