

診察申込書兼問診表

(平成 年 月 日)

ふりがな _____

氏名 _____

(男 ・ 女)

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
〒 _____

住所 _____

電話番号 (_____) - _____ 携帯 (_____) - _____

患者様の体質に合った安全な治療を提供するため以下の質問にお答えください。
よろしくお願ひします。不明な場合は診察スタッフにお尋ねください。

1. どこが？どのように？痛い(しびれ)ですか？

(右図で○をつけていただいても結構です)

2. いつごろからですか？

3. 今までに手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある

(人工関節手術 ・ 心臓ペースメーカー ・
その他具体的には？)

4. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない ・ ある

(具体的に)

5. いま、なにか病気で治療を受けておられますか？

ない ・ 受けている

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ ・ ぜんそく ・ その他具体的には？ ()

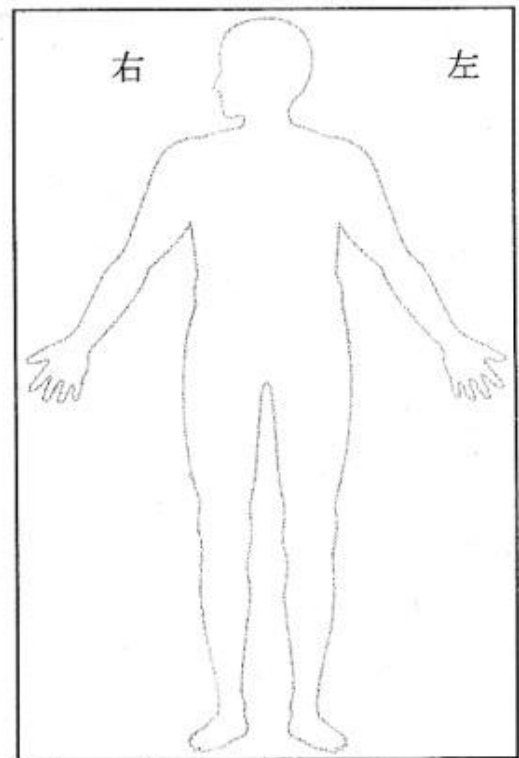
6. 女性の方へ

現在妊娠中あるいは妊娠している可能性がありますか？

ない ・ ある

7. 当院をお知りになった理由は

知人の紹介 ・ 電話帳で調べて ・ 看板を見て ・ ホームページを見て ・ 通りがかって
その他()



ありがとうございました。しばらくお待ちください。

きむらたくや整形外科クリニック 院長