

つくだ整形外科診療申込書

(ふりがな：)

(氏名：) (男・女)

■ 生年月日 (大・昭・平) 年 月 日 (歳)

■ 郵便番号 (-)

住所 ()

■ 電話番号 (- -)

携帯番号 (- -)

■ 当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介 ・ 家族の紹介 ・ 他病医院の紹介 ・ 近隣 ・ 看板

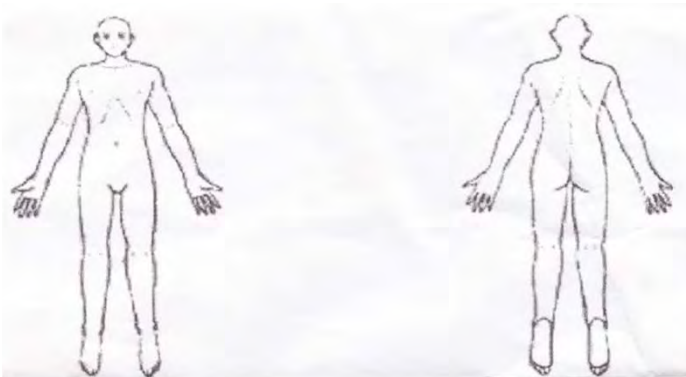
つくだ整形HP ・ その他HP ()

その他 ()

問 診 票

①現在ある症状はいつからありますか？

②どこに、どのような症状がありますか？



③思い当たる原因はありますか？

あり・なし (工作中・交通事故・スポーツ中・その他：)

④下記の病気でかかったことがあるものに○をしてください。

(リウマチ・痛風・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 ・脳卒中)

(ガン・喘息・アトピー性皮膚炎・その他：)

⑤内服中の薬はありますか？どこの病院で何のお薬をもらっていますか？

あり・なし（病院名：）

（薬名又は何のくすりですか？）

⑥今までに手術を受けたことがありますか？（なし・あり）

（いつ： 病院： 何の手術：）

⑦体内に金属・ペースメーカーは入っていますか？（なし・あり）

⑧アレルギーはありますか？（なし・あり）

（花粉： 薬： 食物：）

⑨お酒（飲まない・飲む）（1日にどのくらい？）

たばこ（吸わない・吸う）（1日にどのくらい？）

⑩女性の方へ、現在妊娠していますか？

（いいえ・わからない・はい： ヶ月）（授乳中： 歳 ヶ月）

⑪職業（学校名）（）

⑫仕事内容（学年）（）

⑬スポーツ経験：

現在：あり・なし（種目名：）

過去：あり・なし（種目名：）

来院方法について

車（運転・送迎）・タクシー・自転車・徒歩・その他：

介護保険について

介護保険の申請：していない している（要支援1・要支援2・要介護1・要介護2）

介護保険の利用：していない している

利用施設名：

サービス内容：

（受付時間： 受付番号：）

（ID：）