

はじめて又は久しぶりに受診される方

H 年 月 日

フリガナ			
お名前	男	生年月日	M・T・S・H
	女	年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 -	電話番号	自宅 () 携帯

どこの具合が悪いですか？

右図に をお入れください。

どのような症状ですか？

痛い・腫れている・しこりがある・

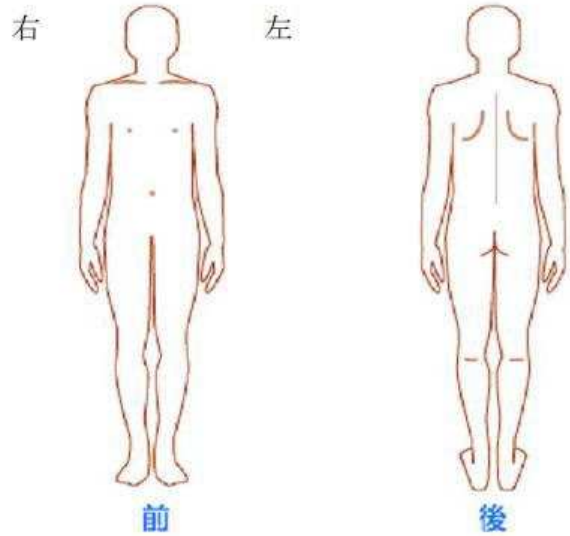
しびれる・変形している・

その他 _____

その症状はいつ頃からですか？

具合が悪くなったときの様子を具体的に書いてください。

自然に・転んだ・ぶつけた・その他



現在または過去に病気や大きなけがをされたことがありますか？ ない ・ ある

高血圧・糖尿病・心疾患・脳疾患・肝疾患・胃疾患・コレステロール・喘息

その他 _____

それはいつごろですか？ _____

現在、内服されているお薬や定期的に受けている注射はありますか？

ない ・ ある

それは何ですか？ _____

今までに注射や飲んだり貼ったりするお薬でブツブツがでた、気分が悪くなったなどの副作用を起こしたことがありますか？

ない ・ ある

それは何ですか？ _____

現在、妊娠中(可能性を含む)または授乳中ですか？(女性のみ) はい ・ いいえ

仕事のおケガですか？(労災・通勤災害) はい ・ いいえ

小学生以下のお子様は体重を教えてください。 _____ Kg

--	--	--	--	--	--

かとう整形外科医院 記入した方のお名前 _____