

はじめて又は久しぶりに受診される方

R 年 月 日

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

①どこの具合が悪いですか？

右図に○をお入れください。

②どの様な症状ですか？

痛い・腫れている・しこりがある・

しびれる・変形している・

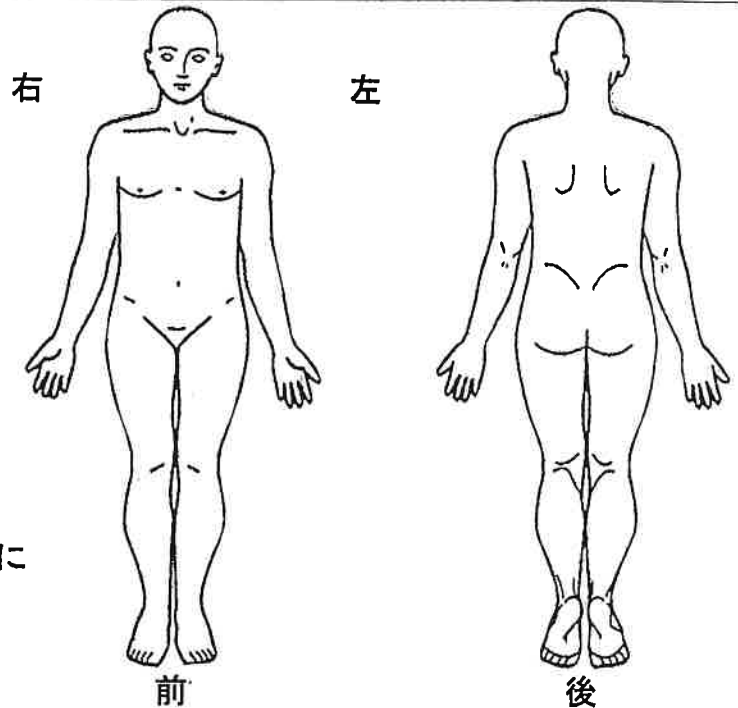
その他 _____

③その症状はいつ頃からですか？

④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



⑤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？ _____

⑥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？ _____

⑦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？ _____

⑧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

⑨仕事のおケガですか？(労災・通勤災害) はい ・ いいえ

⑩小学生以下のお子様は体重を教えてください。 _____ Kg

⑪介護認定を受けていますか？ はい ・ いいえ

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

--	--	--	--	--

かとう整形外科医院

記入した方のお名前 _____