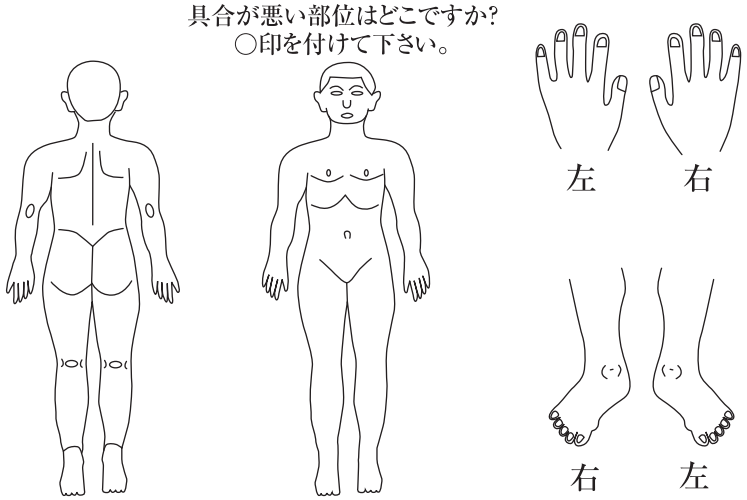
たけぐち整形外科を初めて受診される患者さんはご記入ください

フリガナ 氏名	住所　〒 電話番号　－　－	
性別　男・女	具合が悪い部位はどこですか? ○印を付けて下さい。  左　右　右　左	
生年月日 (明·大·昭·平)　年　月　日 年齢　才		
職業(具体的に)		
現在スポーツをしていますか? 有(　　)·無		
身長　cm　体重　kg		
どんな症状で診察を受けにこられましたか?	痛い　しびれる　腫れている　赤くなっている　傷がある その他(　　)	
いつ頃からですか?	(　　)日前　(　　)週間前　(　　)ヶ月前　その他(　　)	
思い当たることはありますか?		
その症状のため診察や治療を受けたことがありますか? どのような治療を受けましたか?	有 無	
アレルギーはありますか? 薬　: 食　物: その他:	有 無	
今までに大きな病気やケガ·手術をしたことがありますか?	有 無	病名:　いつ頃:
現在、他の病気で通院していますか?	有 無	
現在飲んでいる薬がありますか? ある方は全部御記入ください。	有 無	
今回のことで心配していることがありましたらお書き下さい。		
当院を何でお知りになりましたか?	1.家族、知人から　2.通りの看板　3.駅看板　4.バス案内　5.電柱看板 6.電話帳　7.他院からの紹介　8.インターネット　9.その他(　　)	
来院予定日	平成　年　月　日　午前/午後　時頃	

たけぐち整形外科
FAX:047-460-4070