

さかい整形外科

診療の参考にしますのでご記入ください。

令和____年____月____日

| | | | | | |
|------|---|-----|-----------|---|-------|
| ふりがな | | 男・女 | 明・大・昭・平・令 | | |
| お名前 | | | 年 | 月 | 日生(才) |
| ご住所 | 〒 | 職業 | | | |
| | | 電話 | | | |

1. どうなさいましたか？ 具合の悪い場所に○をつけてください。

2. どんなふうに、悪いのですか？

痛い しびれる おもい つっぱる はれている
変形 動きが悪い 冷える 骨折と言われた

その他_____

3. それはいつからですか？

____年____月____日から(____位前から)

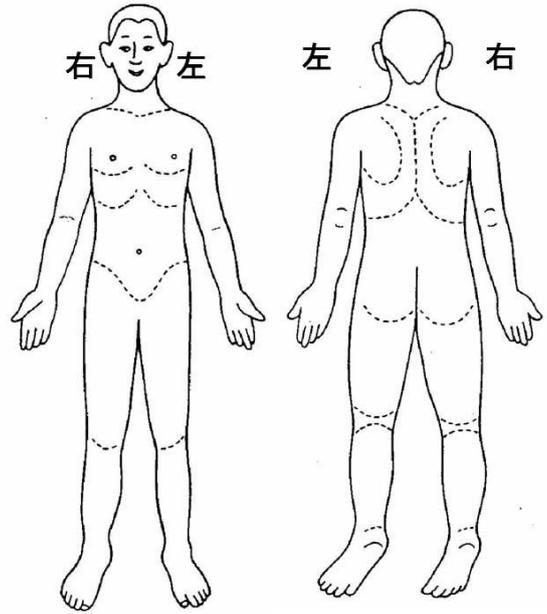
4. 原因は何ですか？ または思い当たることがありますか？

5. 1に対して、どこかで治療していましたか？

- ①なし
- ②あり—どのような治療ですか？

6. 薬や食品などにアレルギーはありますか？

- ①なし
- ②あり—なにで、どのようにになりましたか？



7. 今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？ 手術を受けたことがありますか？

また現在治療中の病気がありますか？

- ①なし
- ②あり—どんな病気ですか？ ○印をつけてください。

高血圧 心臓病 脳疾患 リウマチ 悪性腫瘍
喘息 糖尿病 肝臓病 肺疾患 心療内科系疾患

その他_____

③体内に金属は入っていますか？ (例：人工関節、プレート、ステントなど) いいえ はい

④ペースメーカーは入っていますか？ いいえ はい

⑤現在他の医療機関(整形外科に限らず)から処方されている薬が ない ある

・「ある」方はお薬手帳を受付にご提示下さい

・お薬手帳を持参されていない方は覚えている範囲で薬名・何の薬かなどご記入下さい

※また、次回来院時にお薬手帳をご持参下さい

8. 少しの傷でも血が止まらなかったことが、ありますか？ ない ある

9. 抜歯などの局所麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？ ない ある

10. 女性の方に 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？ いいえ はい(カ月)

または授乳中ですか？ いいえ はい