

ID:

診察診療申込書

スキャン 済・未
住所 済・未

フリガナ		男・女	生年月日	明・昭 大・平	年 月 日(歳)
氏名					
住所	〒		電話番号	- -	

この診療所をどのようにしてお知りになりましたか？ どなたかのご紹介()様
前を通った・チラシ・電柱広告・駅のホームの広告・人に聞いた・タウンページ・インターネット・その他

【現在の症状】

① いつ頃から具合が悪いですか？

1 年 月 日から

2 わからない

② 原因はありますか？

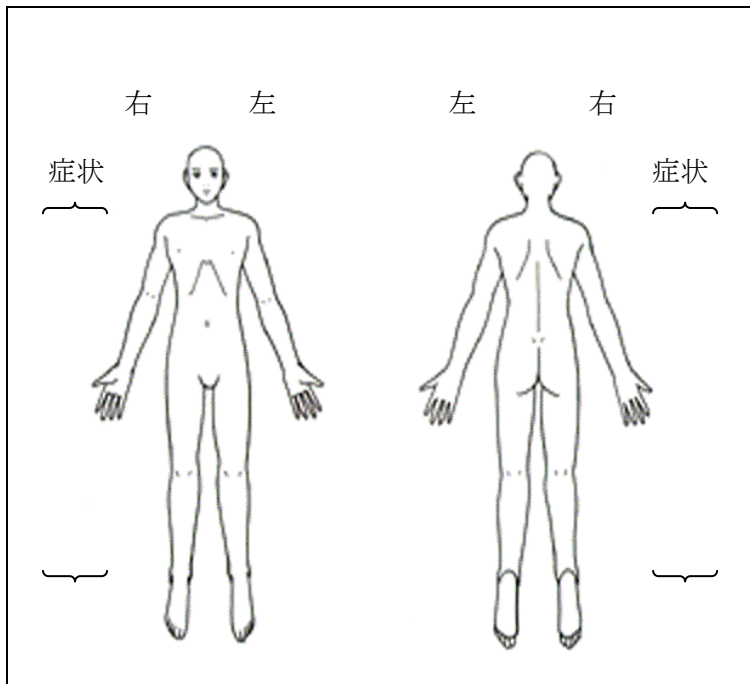
ある()・ない・わからない

仕事中 【労災扱い・(する・しない)】

③ 交通事故によるものですか？

はい・いいえ

④ 具合の悪い場所に○をつけてください。



⑤ 現在治療中のケガ・病気はありますか？

⑥ 同じ症状で医師にかかったことがありますか？

【既往歴】

① お薬や注射などでアレルギーはまたはショックを起こしたことがありますか？

ある→薬剤名()
ない

② 今までに大きなケガや病気をされたことがありますか？

③ 手術を受けたことがありますか？

日時

病名

入院期間

④ 現在、妊娠の可能性はありますか？

ある・ない・わからない

⑤ ペースメーカーや金属が身体にありますか？ ある・なし

身長 c m

体重 k g

職業

☆ありがとうございました☆

久米川整形外科

★お薬手帳があれば、受付にお出してください。