


ID  
氏名

様

## 整形外科診療申込書

フリガナ			性別	
氏名				
生年月日	生		満	歳
住所	〒 -			
自宅電話			携帯電話	
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
2. 本日はどこを診て欲しいですか？下の絵に○をつけてください。				
				
2. 上の絵に○をつけた部分の症状は？			痛み しびれ その他( )	
3. いつからですか？			年 月 日頃	
4. 何をしてからですか？			( )	
5. 今回の症状で、他の病院で治療をしていますか？			はい      いいえ	
※はいと答えた方:いつですか？			年 月 日頃	
6. 仕事や通勤中の怪我ですか？			はい      いいえ	
7. 交通事故ですか？			はい      いいえ	
※はいと答えた方:受診時、意識は失いましたか？			はい      いいえ	
8. 喘息はありますか？			はい      いいえ	
※はいと答えた方:痛み止めを飲んだことがありますか？			はい      いいえ	
※飲んだ時、喘息発作がおきましたか？			はい      いいえ	
9. 糖尿病はありますか？			はい      いいえ	
10. 現在治療中の病気はありますか？			はい      いいえ	
※内服している薬はありますか？			( )	
11. 今までに大きな怪我や病気はありますか？			はい      いいえ	
12. 手術を受けたことがありますか？			はい      いいえ	
※はいと答えた方:いつ頃ですか？			年 月 日頃	
※体内に金属が入っていますか？			はい      いいえ	
13. 薬のアレルギーはありますか？			はい      いいえ	
14. 妊娠している可能性はありますか？			はい      いいえ	
			(妊娠週数: 週 日)	
15. その他			( )	

看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します