

カルテNo. _____

診察申込書

にのみや整形外科

年 月 日

ふりがな	当院は初めてですか？		当院は何で知りましたか？	
氏名	いいえ・はい			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
住所	□□□□ □□□□		才	男・女
TEL				

問診票

治療上、大切なことですので、お手数ですが、下記の質問にわかる範囲でお答え下さい。

1) 本日はどうなさいましたか。

2) 今までに手術や大けがをしたことがありますか。

3) 下記のような病気にかかったことがありますか。

[糖尿病・痛風・高血圧・心臓病・喘息・高脂血症・肝臓病・血液病・神経症・結核・胃十二指腸潰瘍・その他 ()]

4) 現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。

はい いいえ わからない

病名、病院名 (もしくは主治医名)、薬剤名がわかりましたら記入して下さい。

[]

5) 薬 (のみ薬や注射・麻酔) で発疹がでたり、気分が悪くなったことがありますか。

はい いいえ わからない

6) 習慣的スポーツ (運動) や趣味・クラブなどを行っていますか。

はい いいえ わからない

7 【女性の方のみ】 妊娠中 (授乳中) あるいはその可能性がありますか。

はい いいえ わからない

本人又は保護者のサイン []

※この用紙は、当院での医療に関する事にものみ利用させていただきます。