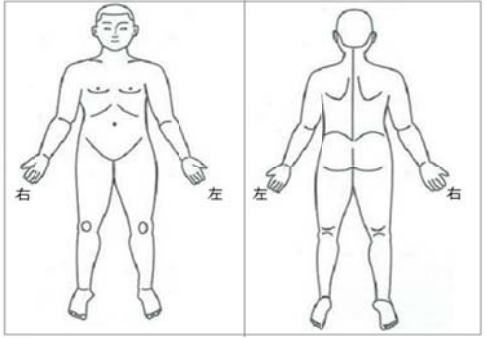


整形外科たかひろクリニック 診療申込書

年 月 日

ふりがな				男・女	
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 ー			身長() cm	
				体重() Kg	
電話	自宅 () ー	携帯	ー ー		

★診療に関わるようになります。わかる範囲で記入してください。

<p>① 本日はどのような症状で来院されましたか？</p> <p>（ ）</p> <p>・いつから()頃から</p> <p>・仕事上の怪我 交通事故の怪我</p> <p>・職業()</p> <p>・スポーツ歴()()年</p> <p>・骨折歴 有・無 部位()</p>	<p>※人体図に○印などでご記入ください。</p> 
<p>・同様の症状で、他の医療機関を受診されたことがありますか？</p> <p>医療機関名() 病名()</p>	はい・いいえ
<p>② これまでに次の病気を指摘されたことはありますか？</p> <p>* はいと答えた方は○をしてください</p> <p>高血圧症 糖尿病 高脂血症 ぜんそく アレルギー 脳卒中 肝臓病</p> <p>腎臓病 心臓病 腫瘍 狭心症または心筋梗塞 肺結核 癌 膠原病</p> <p>不整脈 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ その他()</p>	はい・いいえ
<p>③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？</p> <p>医療機関名() 病名()</p>	はい・いいえ
<p>④ 現在、内服している薬があれば記入してください。</p> <p>* 薬剤情報提供書やお薬手帳をお持ちの方は提示してください</p> <p>()</p> <p>現在、サプリメントを内服している方は記入してください。()</p>	
<p>⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？</p> <p>いつ頃() 病名()</p>	はい・いいえ
<p>⑥ 家族の方で次の病気を指摘された方はいらっしゃいますか？</p> <p>* はいと答えた方は○をしてください</p> <p>高血圧症 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ</p> <p>骨折 部位(腰・手関節・大腿骨・その他)</p>	はい・いいえ
<p>⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？</p> <p>どのような薬() どんな症状()</p>	はい・いいえ
<p>⑧ 今までに輸血を受けたことがありますか？ いつ頃()</p>	はい・いいえ
<p>⑨ たばこは吸いますか？ 1日()本</p>	はい・いいえ
<p>⑩ アルコールは飲まれますか？</p> <p>なにを() どれくらい()</p>	はい・いいえ
<p>⑪ 女性の方へお聞きいたします</p> <p>・妊娠の可能性はありますか？</p> <p>・最終月経(月 日頃) ・閉経されている方 閉経(歳)</p>	はい・いいえ
<p>⑫ 当院への来院されたきっかけを教えてください</p> <p>1、口コミ 2、看板 3、HP等広告</p> <p>4、紹介 5、その他()</p>	