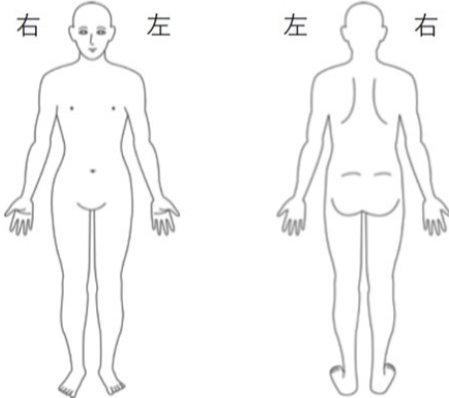




下條整形外科 DL

氏名	ふりがな	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	TEL () 緊急連絡先			

○今日診てもらいたいところはどこですか？下図に○をつけてください



- 主な症状は何ですか？ *痛み・しびれ・はれ・変形・動きが悪い・他

- それはいつ頃からですか？

- 思い当たる原因は何ですか？

- 現在他の病院におかかりですか？ はい ・ いいえ◇病院名

- 今までにかかった病気はありますか？ *高血圧・糖尿病・喘息・心臓・肝臓・腎臓・他

- 現在飲んでいる薬はありますか？ はい ・ いいえ

- 薬によるアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

- 今まで手術の経験はありますか？ はい ・ いいえ

- （女性の方に）現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ ・ 授乳中

- スポーツ（部活動含む）はしていますか？ はい ・ いいえ◇種目
