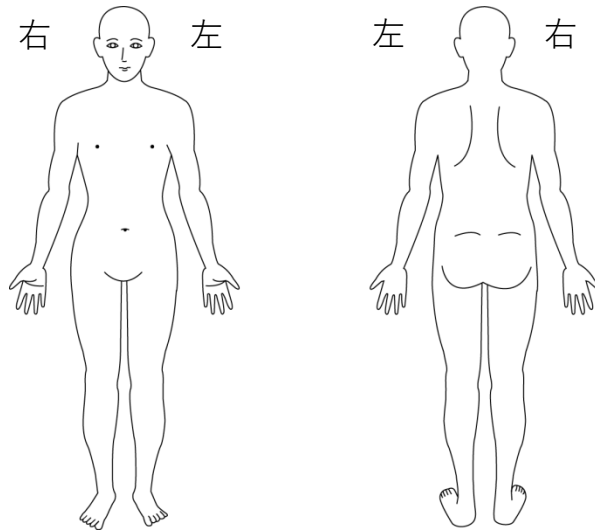




下條整形外科 DL

| | | | | |
|----|------------------|--------|------|--------------------|
| 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

※油性ボールペンで記入をして下さい