

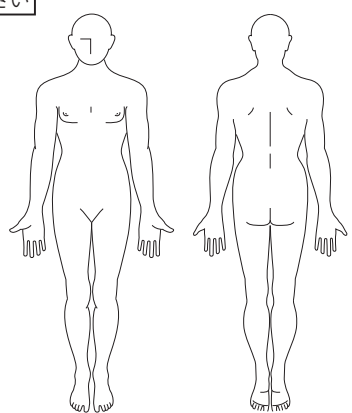
# 診療申込書

カルテNo.

年 月 日

フリガナ			男 ・ 女		
氏名					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	( ) 歳
住所	〒 —				
電話	自宅	( ) —	携帯	— —	

★診察上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

<p>1) 今日はどのような症状で受診されましたか？</p> <p>2) その症状はいつ頃から始まりましたか？</p> <p>(お怪我の方) ➡ ●お工作中的の怪我ですか？ ( はい・いいえ )          ●交通事故での怪我ですか？ ( はい・いいえ )          (いつ 年 月 日)</p>	<p>※右図に×印をつけてください</p> 
<p>3) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→( 高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・肝臓病・他( ) )</p>	
<p>4) ご家族(血縁関係)が大きな病気にかかったり、手術を受けられた事がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→( どのような病気ですか… ( ) )</p>	
<p>5) 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→( どのような薬ですか… ( ) )</p>	
<p>6) アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→( <input type="checkbox"/>薬 <input type="checkbox"/>食べ物 <input type="checkbox"/>その他( ) )</p>	
<p>7) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>8) 現在服用している薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付へ渡してください。</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→( どのようなお薬ですか… ( ) )</p>	
<p>9) タバコは吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う( 1日 本位を 年間 ) <input type="checkbox"/>やめた( 年前まで1日 本位を 年間 )</p>	
<p>10) お酒は飲みますか？</p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む( 種類： 頻度： )</p>	
<p>11) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠はしていますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>	
<p>12) 当院を何でお知りになりましたか？</p> <p>ホームページ 看板 知人に聞いた 通りがかり 他( )</p>	

いまだ整形外科クリニック