

ふりがな		生年月日	大・昭・平			(才)
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯	自宅
住所	豊橋市 ( )市					

① 具合の悪いのはどこですか？（右の図に○印をつけて下さい）

○複数ある場合は、番号をふって下さい。（1番診てほしい所から）

② 症状はどのようなですか？

いたい・しびれる・だるい・はれている

動きがわるい・つっぱる・その他( )

③ いつからですか？

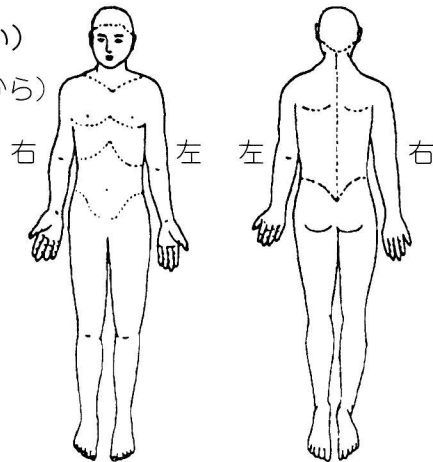
( )月( )日から ( )日前から

④ 原因はありますか？

ない・はっきりしない

ある → 転んだ・打った・ひねった・その他

理由:何をしています



⑤ 傷はありますか はい・いいえ

⑥ 今回のけが(病気)で他院にかかりましたか？

いいえ・はい → 病院( ) 年 月 日

⑦ 現在治療中の病気がありましたらご記入ください

ない・ある(糖尿病・高血圧症・心臓病・その他)

⑧ クスリや注射が体にあわなかったことがありますか？

ない・ある( )

⑨ 女性の方のみご記入ください

現在(妊娠中・授乳中・妊娠の可能性ある・該当なし)

⑩ 今までにかかった病気・ケガ・手術がありましたらご記入ください

● 外出を希望される方は受付に申し出て下さい。

● 個人情報の取り扱いには十分注意をしておりますが何かご要望がありましたら受付時にご相談ください。

なし	支1	支2	介1	介2	介3
----	----	----	----	----	----

きよし整形外科