

くがい整形外科 事前問診票（診療申込書）

※事前にプリントしてご記入いただいてから来院していただくと便利です。 来院予定日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女	生年月日		
		明・大・昭・平	年	月
住所 〒		電	自宅	
		話	緊急時	

（よろしければ以下の質問にお答えください。個人情報~~は診察目的以外には使用しません。~~）

1. 本日の症状についてお聞きします。

どのような症状ですか？

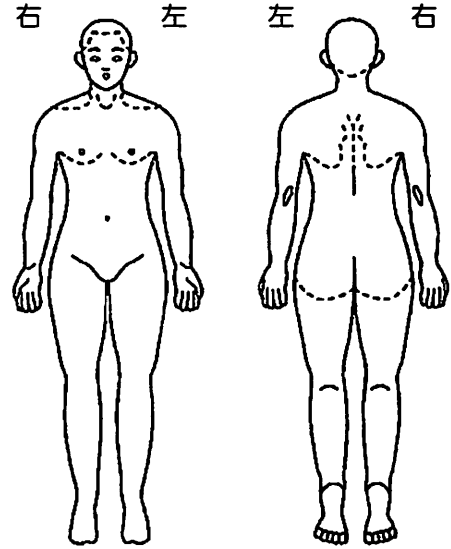
その症状はいつから起こりましたか？

症状の場所を右の図に簡単に書き入れてください。

（痛み しびれ はれ 動かない 他）

紹介状やレントゲン写真などをお持ちですか？

はい ・ いいえ



2. 薬や食べ物などのアレルギー、ぜんそくなどはありますか？

はい ・ いいえ

3. 現在、服用中のお薬はありますか？（ ）

血液をサラサラにして血栓を予防するお薬は服用していますか？（ はい ・ いいえ ）

4. 現在 ほかのお医者さんで治療を受けておられますか？（ある場合は疾患名もお知らせください。）

はい ・ いいえ

5. 今までに大きな病気や手術で入院されたことはありますか？（ある場合は疾患名もお知らせください。）

はい ・ いいえ

6. 現在 妊娠の可能性はありますか？（ ない ・ 可能性がある ・ 妊娠している ）

7. 次のどれかに当てはまる場合にはご記入下さい。

交通事故（状況： ）

労災事故（ 通勤途上 ・ 工作中 ）

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

家が近所 新聞広告で 駅の看板で インターネットで 知人の紹介

その他（ ）

その他 何かありましたらご記入下さい