



やまと整形外科

記入日： 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	T・S H・R	年 月 日 (歳)
住所	〒 - 区		電話番号		
			自宅:	()	
			携帯:	()	
身長	体重	職業	介護認定		
cm	kg		なし・あり (要支援・要介護)		

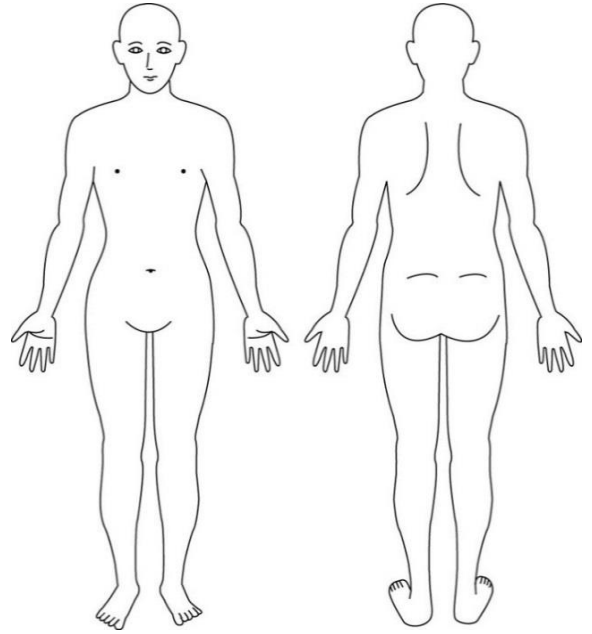
①いつごろから症状がありましたか？

症状のある部位に○をつけてください

から

②思い当たる原因はありますか？

交通事故 仕事中 スポーツ
けが 特に原因なし
その他()



③今回の症状で、他の診療所・病院を受診されましたか？

いいえ
はい()

④治療中の病気がありますか？いいえ

高血圧 糖尿病 心臓病 (不整脈・狭心症・心筋こうそく・他)
脳こうそく・脳出血 ぜんそく 胃かいよう・胃炎 腎臓病・透析中
肝臓病 高脂血症 花粉症 その他 ()

⑤お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

なし(不明) あり()

⑥手術を受けたことがありますか？

なし あり()

⑦(女性のみ) 妊娠中ですか？
もしくは授乳中ですか？

いいえ はい(月) 授乳中

⑧当院を何で知りましたか？

家族・知人の紹介 広告 ホームページ
その他 ()

⑨リハビリを希望しますか？

いいえ はい 必要があれば希望 その他

* ご協力ありがとうございました。 嚴重に管理いたします。 院長