



やまと整形外科

記入日： 年 月 日

ふりがな			戸籍上の性別	生年月日				
氏名			☐ 男 ☐ 女	S・H・R	年	月	日	(歳)
住所	〒			電話番号	自宅	— —		
					携帯	— —		
身長	cm	体重	kg	職業		介護認定	要支援 1 2、要介護 1 2 3 4 5	

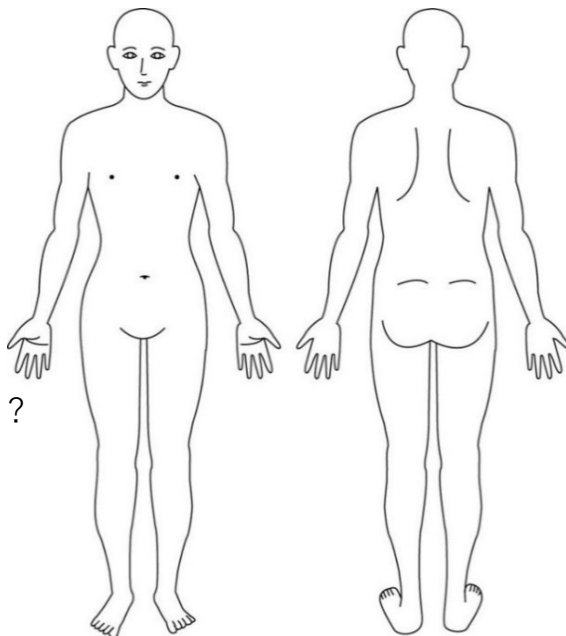
①いつから症状がありましたか？

②症状のある部位はどこですか？

☐ () ☐ わからない

③症状の原因を教えてください

☐ けが (スポーツ・転倒・その他) ☐ わからない
☐ 他人の行為が原因のけが (暴行・その他)
☐ 交通事故 ☐ 工作中 ☐ その他 ()



④今回の症状で他の診療所・病院を受診されましたか？

☐ はい (名称： 紹介状：あり・なし)
☐ いいえ

⑤ (女性のみ) 妊娠中ですか？ もしくは授乳中ですか？

☐ 妊娠中 (週) ☐ 授乳中 ☐ わからない ☐ いいえ

⑥治療中の病気・飲んでいるクスリがありますか？

☐ はい (高血圧・糖尿病・脂質異常症・不整脈・ぜんそく・花粉症・骨粗鬆症・その他：
(クスリの名称： (スタッフ記入欄) オンライン薬剤情報 あり・なし

⑦クスリや食べ物にアレルギーがありますか？

☐ はい (内容や症状など：)
☐ いいえ

⑧入院治療や手術を受けたことがありますか？

☐ はい (病名や時期など：)
☐ いいえ

⑨担当医師が必要と判断した場合、リハビリテーションをご希望されますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない

* ご協力ありがとうございました。この用紙は厳重に管理いたします。