

受診申込書

※平成 年 月 日

| | | | | |
|-------|----|--------|-----|------------------|
| フリガナ | | | | ※ ID |
| 氏 名 | | | | ※ 国保・社保 労災・自費 |
| 生年月日 | | 年 月 日 | 年 齢 | 才 |
| アレルギー | なし | あり () | 性 別 | |
| 住 所 | 〒 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 電話番号 | | | | |

(注) ※は記入不要です。該当するところがあれば○で囲んでください。

(1) かい書で、丁寧に記入し、ふりがなを忘れないようにお願いします。

い 稲毛整形外科

メ モ

い 稲毛整形外科

問 診 票

平成 年 月 日

| | | | | | | |
|-----|--|----|---|----|----|----|
| 氏 名 | | 年齢 | 才 | 体重 | kg | 職業 |
|-----|--|----|---|----|----|----|

※ 交通事故・労災で受診される方はお申し出ください。

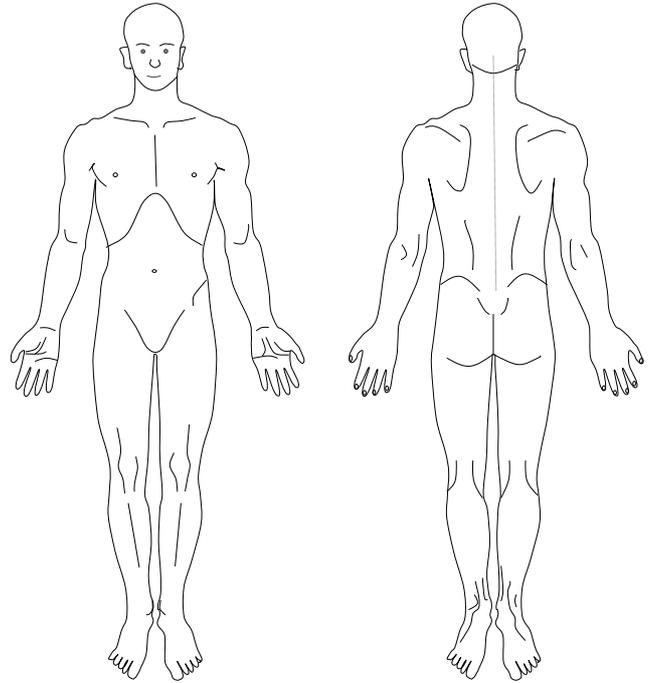
正しく治療を行うために、間違いのないようにお答えください。

1. どこが悪いのですか？右図に示してください。

・ いつ頃からですか？

・ なにか原因はありますか？

・ スポーツが原因の場合は種目、団体名および受傷状況を具体的にご記入ください



2. このことで治療を受けられたことがありますか？

・ いつ

・ どこで

・ 治療内容は

3. 治療中も含め、今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ はい ()

4. 抜歯、けが等で局所麻酔の際、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ はい ()

5. 注射や飲み薬でアレルギー、発疹、ショックなどの副作用がでたことがありますか？

いいえ はい ()

6. 胃腸が特に弱いですか？

いいえ はい ()

7. 女性の方へ。いま妊娠していますか？

いいえ はい ()

8. 現在何かスポーツをなさっていますか？

いいえ はい ()

※ご記入ありがとうございました。診療申込書とともに受付にご提出ください。