

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	明・大・昭・平	年 月 日	才	男 ・ 女
アレルギー	なし・あり ()		血液型	AB・A・B・O
住 所	〒		千葉県・他 ()	
	千葉市・他 ()		稲毛区・美浜区・他 ()	
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。

いゝ 稲毛整形外科

× 毛

いゝ 稲毛整形外科

問 診 票

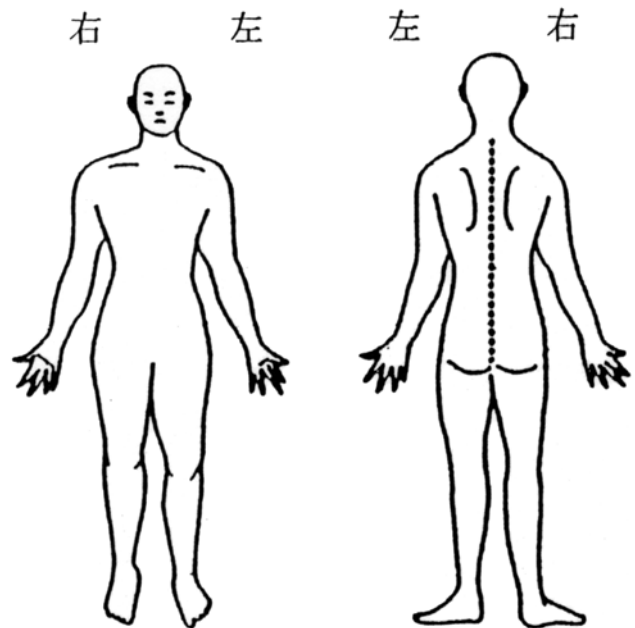
平成 年 月 日

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。