

～ 初めて診察を受けられる方へ ～

診察申込書（整形外科）

来院日 年 月 日

フリガナ	生年月日
	大正・昭和・平成 年 月 日

★あてはまる場合、○で囲んでください。

・要介護被保険者（要介護、要支援） ・難病指定手帳取得者

★ どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけてください。

家族（ ） 友人・知人（ ） 電話帳（ ） 新聞・雑誌（ ）
電柱の案内板（ ） 当院の前を通過して（ ） インターネット（ ）
他院で当院の医師にかかったことがある（ ） その他（ ）

1、具合の悪い部分はどこで、どのような症状ですか？また、それはいつからですか？

痛いところ	症状（あてはまるものに○をつけて下さい）	いつから
	痛み しびれ 腫れ 赤み 熱を持っている	
	痛み しびれ 腫れ 赤み 熱を持っている	
	痛み しびれ 腫れ 赤み 熱を持っている	

2、他の病院で診察を受けたことがありますか？ また、その時の診断は何でしたか？

はい ・ いいえ

病院	診断名	治療方法

3、ほかの病気を指摘されたことがありますか？ あれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 その他（ ）

4、服用中の薬を教えてください。※どうしても名前がわからない場合は、その症状でお答えください。

例) 頭痛の薬 など

※予約の方の診察を優先していますので、初診の方は、診察までの時間が長くなる場合もあることを、あらかじめご了承ください。 ご協力ありがとうございました。

岩橋クリニック