

～ 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 |

★ 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（ ）
看板（ ） 当院の前を通過（ ） 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りますので、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。