初　診　申　込　書

カルテNo.　　年　月　日

フリガナ 氏　名		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生　　才	
住　所	TEL	

問　診　票

1．いつ頃から　　年　　月　　日ごろ		
2．どうされましたか？		
お仕事や交通事故によるケガですか	はい	いいえ
3．アレルギー体質とか、異常体質と言われたことがありますか？	はい	いいえ
4．注射(局所麻酔を含む)やのみ薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？	はい	いいえ
5．いままでに手術や大けがをしたことがありますか？	はい	いいえ
6．現在あるいは、いままでに次の病気にかかったことがありますか。 あれば○印でかこんでください。	糖尿病、高血圧、心臓病、 腎臓病、肝臓病、高脂血症、 胃腸病、リウマチ、結核、 その他（　　）	
7．現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか？	はい	いいえ
8．いままでに気を失ったことまたはケイレンを起こしたことがありますか？	はい	いいえ
9．皮フがかぶれやすいですか？	はい	いいえ
10．（女性のみ）現在妊娠していますか、あるいは、妊娠の疑いがありますか？	はい	いいえ
11．来院のきっかけ　①近隣、知人のご紹介　②他医療機関からの紹介 ③通りがかり　④電柱広告を見て　⑤電話帳を見て ⑥ホームページを見て　⑦その他（　　）		

茂　松　整　形　外　科