

初 診 申 込 書

カルテ№

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、医師の治療を受けたり、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