

整形外科 予診カード

令和 年 月 日

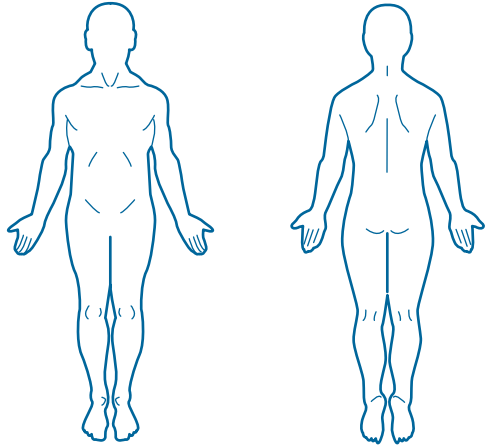
これは診察の際、参考にさせて頂くものです。以下の質問にできるだけ正しくお答えください。

氏名

男・女

年齢

才

1.	現在、どのような症状で来院されましたか？ 痛み しびれ 手足の変形 腫瘍（できもの） 創傷、瘢痕など その他（ ）	
2.	いつから症状がありましたか？（ ）	
3.	症状がある部位を右の図に記入してください。 	
4.	何か原因がありますか？ 外傷 交通事故 特になし その他（ ）	はい ・ いいえ
5.	薬や注射で、身体にじんましんなどができたことがありますか？	はい ・ いいえ
6.	現在、治療中の病気がありますか？	はい ・ いいえ
7.	服用している薬はありますか？	はい ・ いいえ
	（はいと答えた人）心臓病 高血圧症 糖尿病 喘息 胃潰瘍 甲状腺 その他（ ）	
8.	今までに病気をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
9.	今までに手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
10.	現在妊娠していますか？またはその可能性はありますか？	はい ・ いいえ
11.	現在介護認定を受けていますか？	はい ・ いいえ
12.	至急連絡が必要なことがありますので、自宅以外の電話番号（本人・家族の携帯電話番号等）もご記入ください。 - - 本人 ・ その他（ ）	

当院では患者さまの個人情報の保護に全力で取り組んでいます。
患者さまの個人情報の利用目的については院内掲示またはホームページをご覧ください。

ご協力ありがとうございました。