

整形外科 予診カード

令和 年 月 日

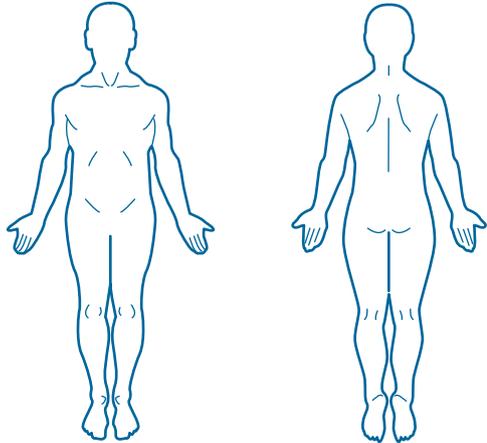
これは診察の際、参考にさせて頂くものです。以下の質問にできるだけ正しくお答えください。

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。