

ID \_\_\_\_\_

## 患者様情報

原整形外科医院

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日
性別	男性・女性
郵便番号/住所	〒 (      -      )
電話番号	(      )      -
受診のきっかけ	HP・Google・Yahoo・病院なび・看板・ 近くを通りかかった・紹介（他院・知人・家族・その他）
介護保険の有・無	利用されている方のみご記入ください (要介護・要支援・申請中)

## ☆ワクチン接種（インフルエンザ・MRワクチンなど）の方へ☆

 体温 \_\_\_\_\_ °C     アレルギーの有無：有・無    有りの場合：

※体温計ありますのでご自宅で測ってこなかった方はスタッフにお声掛けください。

※ワクチン接種の方は、ここまでの記入で終了となります。

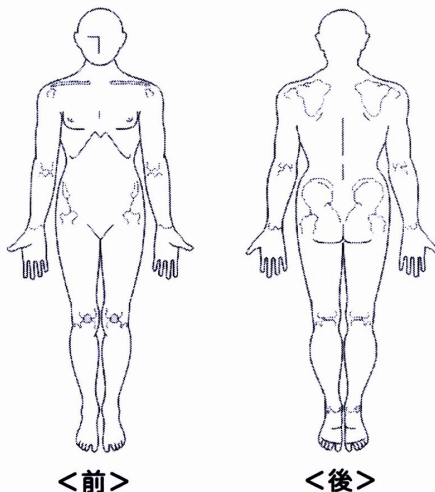
## 診察のある方へ：参考となりますので以下ご記入ください

当院受診歴ありますか？ → はい・いいえ（はいの場合：いつ頃ですか？ \_\_\_\_\_）

紹介状はありますか？ → はい・いいえ

具合の悪いところを具体的にお書きください。

※図に丸をしていただいてもOKです



裏面（2枚目）ありますので、そちらにも記入をお願いいたします。

いつごろから症状がでていますか？【例】昨日から・1週間前から 等

から

具合の悪い内容は？

痛み・しびれ・その他（詳しく：\_\_\_\_\_）

症状【痛みなど】の程度はどの位ですか？

たまに・つねに・かなりひどい・今は大丈夫・その他（詳しく：\_\_\_\_\_）

痛みの原因は何ですか？【例】交通事故・工作中・通勤途中 等

交通事故工作中通勤途中その他（詳しく：\_\_\_\_\_）

この症状について、どこかで治療を受けましたか？

はい・いいえ ※はいの場合は、どこでどのような治療？：\_\_\_\_\_

現在治療中の病気はありますか？

また今までに手術を受けたことがありますか？

はい・いいえ ※はいの場合は、どこでどのような治療？：\_\_\_\_\_

現在、服用中の薬はありますか？

お薬手帳をお持ちであれば受付に提出をお願いします。（お持ちでない方は次回お持ちください）

はい・いいえ ※はいの場合詳細を：\_\_\_\_\_

アレルギー・喘息などはありますか？

はい・いいえ ※はいの場合詳細を：\_\_\_\_\_

女性の方へ 妊娠・授乳中ですか？

はい（妊娠・授乳中）・いいえ

興味のあるものを選択してください。

MRI CT リハビリ プラセタ にんにく注射 ビタミンC 強ミノ エクエル

MRI希望される場合、体内金属・刺青・アートメイク・閉所恐怖症ありますか？

有・無（有りの場合チェックして下さい： 体内金属刺青アートメイク閉所恐怖

☆事前にお伝えしたい内容がございましたら下記にご記入ください☆