

こさか整形外科リウマチクリニック
 診察申込書・問診票 (紹介状 有・無)

記入年月日 平成 年 月 日
 身長 _____ cm 体重 _____ kg

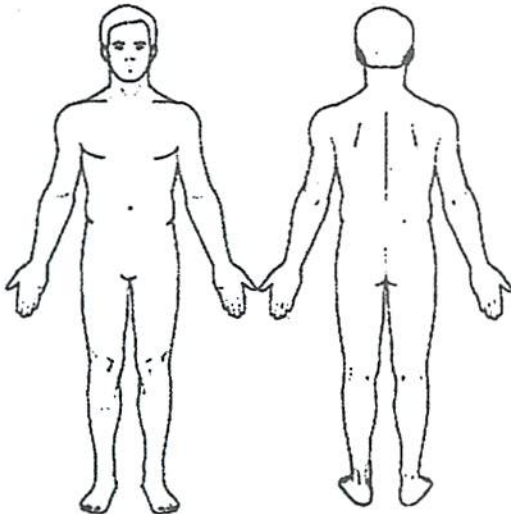
フリガナ				
氏名	男・女	生年月日	明大昭平	年 月 日
ご住所	〒 _____			
電話番号	(_____)	携帯 (連絡先)		

※ 交通事故・労災 (仕事中のケガ) の方は、受付までお申し出ください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか? _____ 頃から
 どのような症状ですか? 痛い しびれる 腫れている 動きにくい
 その他 (_____)

2. 症状のある部位を下図で示してください。下記空欄に症状の詳細をお書きください。



診療や検査 (裏面参照) についてご希望がありましたらチェック☑してください。

レントゲン検査 骨密度検査 注射 リハビリ
 動脈硬化の検査 その他 (_____)

上記治療・検査は医師の診断のもとに行いますので患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください

3. 思いあたる原因がある場合は記入してください (例: 交通事故、工作中、スポーツ、など)

4. 今まで大きな病気や手術をしたことがあれば記入してください。

() 歳頃 病名 _____
 () 歳頃 病名 _____

5. 現在、下記病名の治療を受けていますか? (あてはまれば○をつけてください)

心臓病・糖尿病・高血圧・高脂血症・肺疾患・ぜんそく・腎臓病、その他 (_____)

6. 現在内服しているお薬があればご記入ください (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)。

7. 今までにお薬や食品でアレルギー (湿疹・かゆみ、気分不良など) を起こしたことがありますか? あれば記入して下さい。 はい いいえ 不明

7. 女性の方のみお答えください

(1) 妊娠中ですか? はい いいえ 不明 (可能性あり)
 (2) 授乳中ですか? はい いいえ

