

初診受付票

医療法人 古沢整形外科医院

令和 年 月 日



かもと 整形外科クリニック

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (満 歳)
住所	〒		
TEL		携帯	
勤務先 (会社名) (職業)		(TEL)	
学生 (学校名)		(学年)	(部活)
受診方法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		

- ◇ 業務中又は通勤途上のけがや病気ですか？ はい いいえ
(注) 仕事中のけがについては、健康保険証が使えませんのでご了承ください。
- ◇ 現在、他の医療機関または施設に(入院中・入所中)であればお聞かせ下さい。
(医療機関・施設名)
- ◇ 症状がある部位をお聞かせ下さい。
(部位)
- ◇ 何が原因ですか。_____
- ◇ いつ頃からですか _____
- ◇ 以前手術をされたことや、大きな病気をされた事がありますか？
- ◇ 現在治療中の病気がありますか？(○印を付けて下さい)
・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・喘息 ・胃炎 ・胃潰瘍
・婦人科の病気 ・その他()
- ◇ 現在服用されているお薬があれば、お薬手帳をご提出して頂くか、下記へお書き下さい。
- ◇ 薬、注射でじん麻疹が出たり気分が悪くなったりすることがあります はい いいえ
- ◇ 飲み薬で胃や腸が悪くなったことがありますか？ はい いいえ
- ◇ 貼り薬(外用剤)で肌が荒れたりかぶれたりすることがありますか？ はい いいえ
- ◇ (妊娠中・授乳中)もしくは、妊娠に心当たりがありますか？ はい いいえ