

整形外科外来受診の方へ

氏名:	年齢:
診察券番号:	職業:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)	Tel:

1. 具合の悪いところを具体的に記入してください。

➤ どこが？

➤ いつから？

➤ どのように

2. 上記は、交通事故によるものですか？ (はい いいえ)

3. 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし あり (病 名: _____)
 (いつ頃: _____)

4. 定期的に飲んでいる薬がありましたら、記入してください。薬の名前、飲み方について、できるだけ詳しく記入してください。薬の説明書などをお持ちの場合は、必ず提出してください。

5. アレルギーはありますか？

薬 なし あり (_____)

食 物 なし あり (_____)

その他 なし あり (_____)

6. 女性の方は、妊娠の可能性についてお答えください。

なし あり