

医療法人ねぎし整形外科

令和 年 月 日

*太枠内は必ずご記入ください。

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
現住所	*アパート・マンション名等まで詳しくご記入ください。 〒		電話番号 市外局番() —	
	都道府県	郡市	町村	

※業務中・通勤途中・交通事故で保険証治療を行う場合は保険者に確認と手続きが必要になります※

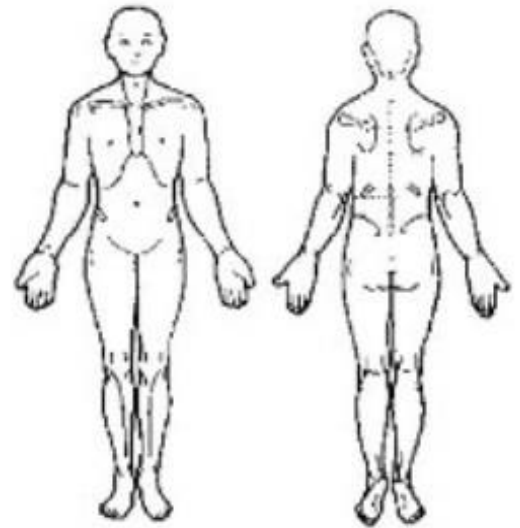
○ 本日はどうされましたか？

◎ 症状はどこですか？

右 左 : 左 右

○ それはいつ頃からですか？

○ 思い当たる原因はわかりますか？



○ 他医療機関で治療されている病気はありますか？

ない ・ ある

病院

○ 現在飲まれているお薬はありますか？ いいえ

血が止まりにくくなる薬 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍、胃炎の薬 ・ 高血圧の薬 ・ 心臓の薬

高脂血症の薬 ・ 肝臓の薬 ・ 骨の薬 ・ その他()

○ アレルギーの有無 ある ない

○ 喘息の有無 ある ない

○ 紹介状はお持ちですか？ ある ない

○ 当院を何で知りましたか？ 知人 ・ タウンページ ・ 看板 ・ インターネット ・ ()