

医療法人 ねぎし整形外科

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏 名			
生年月日	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。 〒 郡 市 町 村		電話番号 () —

◎業務中・通勤途中・交通事故の治療ですか？ ☐いいえ ☐はい

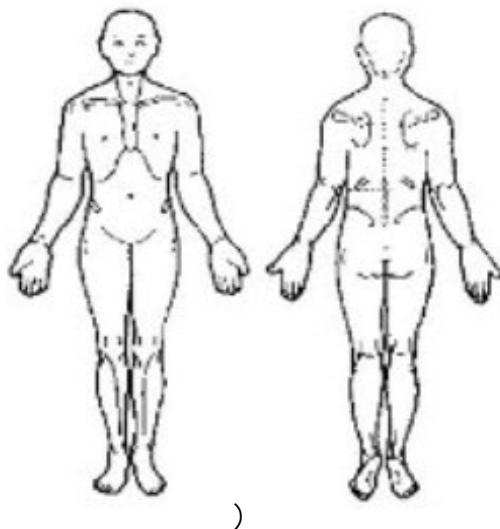
○本日の症状をご記入ください

いつ? ()

どこで? ()

どうした? ()

◎症状はどこですか？



○他医療機関で治療されている病気はありますか？

☐いいえ☐はい 糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病

その他()

○現在飲まれているお薬はありますか？

☐いいえ☐はい 血が止まりにくくなる薬・糖尿病・胃潰瘍・心臓の薬・骨の薬

その他()

○アレルギーはありますか？ ☐いいえ ☐はい 花粉・食べ物・薬・その他()○喘息はありますか？ ☐いいえ ☐はい○ペースメーカーはありますか？ ☐いいえ ☐はい

○女性の方へお聞きします 妊娠中・授乳中

○当院を何で知りましたか？ ホームページ・看板・知人・その他()