

氏名	フリガナ		男・女	大・昭・平・令	
				年 月 日 () 才	
住所	〒		電話番号	介護保険 (あり ・ なし)	
	都道 府県	市区 町		自宅	—
				携帯	—

1) いつからですか? ※具合の悪いところに○をつけてください。
 (年 月 日 頃)

どんな症状がありますか?
 (痛い・しびれる・重い・こる
 つっぱる・腫れている・熱がある
 切れている・だるい・ふらつく
 その他())

小児の方
 体重
 kg

右 左 左 右

2)原因はありますか?

3)ご希望される検査、治療内容、リハビリ等ありましたら記入お願いいたします。

4)現在飲まれているお薬はありますか?(お薬手帳は診察の際にご提出下さい。)
 ない ・ ある ・ お薬手帳あり
 抗血栓薬を飲んでいませんか?(血液サラサラ) 薬名 ()
 ない ・ ある

5)女性にお聞きします。授乳中または妊娠中の疑いがありますか?又は、授乳中ですか?
 ない ・ ある ・ 妊娠中()週 ・ 授乳中

6)今までにかかった病気、けが、手術、ありますか?
 整形外科的疾患(頸椎椎間板ヘルニア・腰椎椎間板ヘルニア・腰部脊椎管狭窄症)
 その他()
 ない ・ ある 内科的疾患()
 ペースメーカー(あり ・ なし)
 外科的疾患()

7)薬や食べ物、麻酔等のアレルギーがありますか?
 ある ・ ない 食品・薬剤名 ()

8)今回の病気・けがで他の病院の治療を受けたことがありますか?
 ない ・ ある 病院名() ・ 治療内容()

どうやってこばやし整形外科をお知りになりましたか?(2つ以上回答可)
 1. ホームページ 2. 看板()町 3. チラシ 4. 知り合いのご紹介
 5. 前を通って 6. その他()