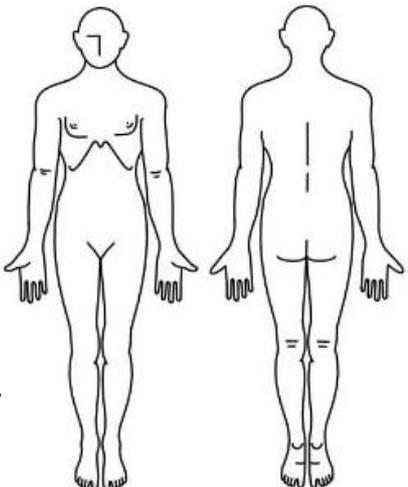


氏名	フリガナ		男・女	大・昭・平・令	
				年	月
住所	〒		電話番号	介護保険(あり・なし)	
	都道	市区		自宅	—
	府県	町	携帯	—	—
1) いつからですか？ (年 月 日 頃) どんな症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 痛い・しびれる・重い・こる <input type="checkbox"/> つっぱる・腫れている・熱がある <input type="checkbox"/> 切れている・だるい・ふらつく <input type="checkbox"/> その他()			※具合の悪いところに○をつけてください。 小児の方 kg		
2)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願います。					
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。) <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある					
5)女性にお聞きます。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？ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある 内科的疾患() ペースメーカー(<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある 病院名() ・ 治療内容()					
9)マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえの方にお聞きます。この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。					
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()					