

診 療 申 込 書

三輪整形外科

No. _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		職 業
氏名	男 ・ 女	
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳 月
郵便番号 〒 住所	世帯主	続柄
自宅電話番号 () 携帯電話番号 ()	75歳以上の方 介護認定を受けていますか? いる ・ いない 要支援 ・ 要介護()	

以下の項目にわかる範囲でご記入ください

1) どこが悪いですか 図に○をつけて下さい

2) いつからですか ()

3) 原因がありますか
()

4) 今まで治療を受けた事がありますか
(ある ・ ない)

5) 今までにどんな病気にかかりましたか
脳・眼・耳・心臓・消化器・肝臓・腎臓・肺・喘息・高血圧・糖尿病
その他及び病名 ()

6) 現在通院中の病院はありますか
病院名 () 診療科 ()

7) 現在飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない)
 あると答えた方 (薬の名前:)

8) 薬や食べ物でアレルギーはありますか (ある ・ ない)
 あると答えた方 ()

9) 女性の方へ 現在妊娠していますか (はい ・ いいえ)

