

# 予診カード

新道東フレンド整形外科

ふりがな			
氏名	様		男・女
住所	〒	—	電話番号
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生 (才)

(1) 今回、症状のある所に○をつけて下さい。

①それはいつ頃からですか？

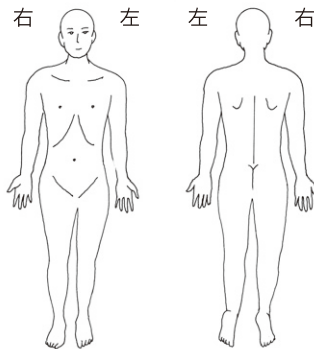
( )

②どのような症状ですか？

またどのような時にその症状はありますか？

[ 痛み・しびれ・赤い・動かない  
腫れてる・感じが鈍い ]

その他( )



(2) 今回の症状で思い当たる原因はありますか？

- ・ 工作中的のケガ(通勤、帰宅途中含む)      ・ 交通事故      ・ 特に思い当たらない
- ・ その他( )

(3) 現在、治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけて下さい。

心臓病・肝臓病・腎臓病・肺疾患・喘息・糖尿病・高血圧

その他( )

過去にした手術

心臓ペースメーカー・ステント・脳クリップ

その他( )

(4) 服用している薬はありますか？      ない・ある

お薬手帳があれば、必ず予診カードと一緒に提出下さい。

お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか？

( )

(5) 骨粗鬆症の検査を希望されますか？      はい・いいえ・必要であれば

(6) 薬・注射・食べ物にアレルギーはありますか？      ない・ある( )

(7) 下記に当てはまる方は○をつけて下さい。

難聴・閉所恐怖症・妊娠中・授乳中

(8) 当院をどのようにして知りましたか？

紹介・ネット・雑誌・その他( )