ふりがな **氏名**	才	（ 男 ・ 女 ）	喫煙（ 有・ 無 ）	【利き手】 （ 右 ・ 左 ）

〒（　　-　　） **ご住所**	お電話（ご自宅） お電話（携帯）

ご職業（　　）※下記にあてはまるものがあれば、〇もしくは記入してください
デスクワーク ・ 営業 ・ 立ち仕事 ・ 重労働 ・ 主婦 ・ 無職 ・ 学生 （　　）年生

1．現在の症状についてお聞かせください

①症状のある部位を右図に示してください

②どんな症状ですか？

痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ 変形 ・ 動きが悪い

その他（　　）

③今回の症状が出始めたのはいつ頃からですか？

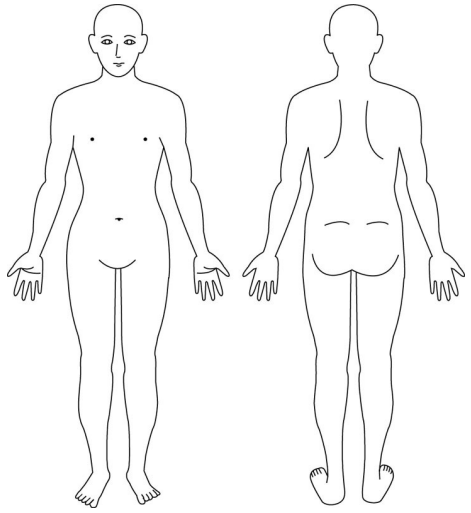
（　　）年（　　）月（　　）日

④思い当たる原因はありますか？

□ 交通事故 □ 仕事中 □ スポーツ □ ケガ

□ 特に誘因なし □ その他（　　）

※診察を希望される部位に印をつけて下さい



⑤今回の症状で他の病院を受診したことはありますか？⇒ □ なし

病院名（　　） 受診した日（　　）

□ 注射【最終注射した日：　　】 □ リハビリ

その他（　　）

⑥スポーツをしている方へ

種目（　　） 所属先（　　） 試合予定（　　）

⑦<u>薬によるアレルギー</u> □ あり （薬剤名：　　） 症状（　　）

□ なし

2.整形外科での手術歴があれば記入してください ⇒ □ なし

（　　）

3.現在治療中の病気はありますか？ ⇒ □ なし □ 前回記入時と変更なし

□ 高血圧 □ 高脂血症 □ 糖尿病 □脳梗塞・脳出血 □ 腎臓病・透析中 □肝臓病

□ 心臓病（不整脈・狭心症・心筋梗塞） □ **ぜんそく （最終発作：　　）**

□その他（　　）

4.診断や治療を受けるうえで希望されることがあればご記入ください

（記載例：MRI検査を実施してほしい、注射をうつのは嫌 等）

（　　）

5.<u>女性の方へ</u>

現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？ □ はい □ いいえ（出産予定日：　　）

授乳中ですか？ □ はい □いいえ

かとう整形外科クリニック