

年 月 日

大周整形クリニックを初めて来院された方へ (下記の項目についてご記入もしくは○で囲んでください)

お名前	ふりがな	男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成
			年 月 日 生まれ
住所	〒	電話	自宅 メールアドレス 携帯

1 ① どうなさいましたか？どこが？(身体の悪い部分に○をつけてください)

② どんなふうに、悪いのですか？(下記から選んで○をつけてください)

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる
腫れている・動きが悪い・冷える・骨折といわれた

その他 _____

③ いつ頃からですか？

(日 から) (日 位 前 から)

④ それについて治療を受けたことがありますか？

<< ない ・ ある >>

⑤ それについて手術を受けたことがありますか？

<< ない ・ ある >>

2 今までにどんな病気をしましたか？ << ない ・ ある >>

ある場合⇒心臓病・肝臓病・腎臓疾患・肺疾患・脳疾患
糖尿病・高血圧・低血圧・リウマチ・喘息
その他

3 現在、ほかの病気で通院されていますか？

<< していない ・ している >>

4 現在、服用しているお薬はありますか？

<< ない ・ ある >>

☆お薬手帳お持ちの方は受付へご提出ください。

5 お薬や食べ物などでアレルギー症状になったことがありますか？ << ない ・ ある >>

ある場合⇒どんなものですか()

6 少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか？ << ない ・ ある >>

7 今までに、局所麻酔をしたことがありますか(抜歯・怪我など)？ << ない ・ ある >>

8 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ << いいえ ・ はい(ヶ月) >>

9 当クリニックをどのように知ったのですか？

<< 看板・友人紹介・チラシ・インターネット・その他() >>

※診療報酬明細書(領収書とは別に診療内容の詳しい内容記載)の発行(無料)を

<< 希望しない ・ 希望する >>

ご記入有難うございました。

※交通事故・お仕事(労災)中のお怪我の方は、受付へお伝えください。

何か伝えておきたいことがありましたら、下記に記入してください。

