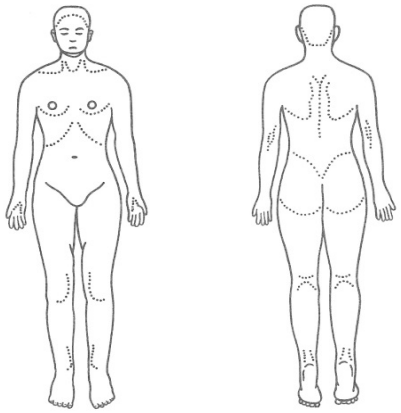
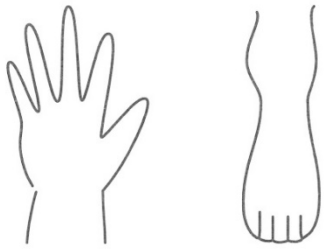
フ リ ガ ナ			
お 名 前	（男・女）		
生 年 月 日	大 ・ 昭 平 ・ 令	年 月 日生まれ （ ）歳	
ご 住 所	〒（ ー ）		
お 電 話	ー ー		
緊 急 連 絡 先	ー ー		
ご 職 業		介護認定	有:要介護・支援（ ）・無

痛い場所を〇で囲んでください

右　左　左　右





手　足

1. 受診希望の症状は何ですか？

（ ）

2. その症状はいつからですか？原因もあればお書きください。

（ ）

3. 現在治療中のご病気はありますか？

いいえ ・ はい（心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息
胃潰瘍 ・ 感染症 ・ 悪性新生物 ・ 他（ ））

4. 現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳があればご提示ください）

いいえ ・ はい （薬名 ）

5. 今まで飲み薬・注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい （ 薬名 ）

6. 今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（脳血管障害・ペースメーカー・ステント・透析・人工関節・その他 ）

7. （女性の方） 現在、妊娠・妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

8. 骨粗鬆症の検査を希望されますか？　65 歳以上女性の方　いいえ ・ はい

75 歳以上男性の方　いいえ ・ はい

9. 現在行っているスポーツや運動はありますか？

いいえ ・ はい（スポーツ名　所属 ）

☆どちらで当院をお知りになりましたか？ 〇を付けて下さい

家族や知人の紹介 / 他院からの紹介 / 広報誌 / 当院ホームページ / 口コミサイト / SNS / 看板
バスの車内アナウンス / 当院の健康教室やスポーツイベントに参加 / その他（ ）

HbA1c（ %） インスリン注射	シャント(右・左) 透析日（ ・ ・ ）	骨粗なし・あり(検査日)

来院		受付		XP		紹・画		医療法人社団 三水会 北千葉整形外科