

はじめて診察をうけられる方へ

受付番号

※裏面もありますので、該当する項目にご記入をお願いします。

ふりがな

氏名

男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (才)

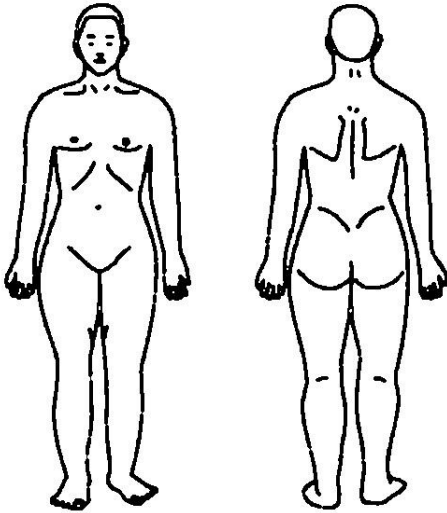
住所 〒

電話番号

携帯電話(緊急連絡先) (様方)

※当院のプライバシーポリシーについては院内掲示のとおりです。

どこが悪いのですか。○や印をつけてください。



① いつ頃から _____

又は、 _____ 月 _____ 日ケガしてから

② 悪い部位 _____

③ 症状 _____

今回の症状は、交通事故やお仕事中・通勤途中での

怪我ですか。 ●はい ●いいえ

④ 今までに医師よりアレルギー体質といわれたことがありますか。

●ある ●ない (喘息・鼻炎・花粉症・食物 ・その他)

⑤ 注射をしていて気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹がでたりしたことがありますか。

●ある ●ない (薬名)

⑥ 以前に大きな病気にかかったり手術を受けたりしたことがありますか。(治療中を含む)

●ある ●ない (その他病名)

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・感染症・緑内障・甲状腺疾患・婦人科疾患

⑦ 【女性の方】妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。 ●ある ●ない

⑧ 現在服用中の薬があれば、薬の内容をお知らせ下さい。

●ある (薬名: _____) ●ない

⑨ 治療に関するご希望 (治療の参考になりますので、○をつけてください)

できるだけ安価が良い・普通の保険診療が良い・高価でも最善の治療が良い

医療法人 高島整形外科

以下の項目に該当する点がありましたら、ご記入をお願いします。

今回の症状に関して、これまで他のお医者さんにかかっていたか

●はい（どこ_____） ●いいえ

今回の症状に関して、申請する用紙はありますか（例：保険会社・学校・共済生活協同組合）

●はい（どこ_____） ●いいえ

※はいの場合、詳しく受傷日・受傷機転を表面に記入してください。記入が無い場合の用紙記入依頼は、受付しかねます。

過去の怪我や病気によって、体内に金属は入っていますか

●はい（どこに _____ 何が _____） ●いいえ

何かスポーツをされていますか

● はい ● いいえ

※「はい」の方は以下もご記入をお願いします。

① あなたあるいはあなたが属しているチーム名

② スポーツ種目 _____ 競技年数 _____ 年

③ 競技レベル

- ・学校体育 ・部活動 ・大学体育会 ・同好会 ・実業団 ・アスレティッククラブ
- ・健康スポーツ ・スポーツ少年団 ・地域スポーツ

④ 正選手・補欠

⑤ 過去のケガ（いつごろ、どんなケガをしたか）

⑥ 今回ケガをしたのは

_____年_____月_____日 _____で（場所）

⑦ どこを _____

⑧ どうしましたか _____

⑨ どんな動作でどこが痛むか

- ・立っているとき ・横になるとき ・強く走ったとき ・ジャンプするとき
- ・投げる動作のとき ・座るとき ・歩いているとき ・階段を降りるとき
- ・ジャンプから着地したとき ・カットインのとき ・しゃがむとき
- ・軽く走ったとき ・階段を昇るとき ・その他のプレーや動作

⑩ 無理をしてでも練習や試合に出たいですか

はい ・ いいえ（理由 _____）