

診察申込書 兼 個人情報取扱同意書

申し込み年月日： 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 整形外科
氏 名	様		明・大・昭・平	年 月 日
現住所	(〒 -)		携帯電話 - -	
			電話番号 (自宅) ()	

次の項目を読み、該当する口に✓ 印をつけてください。

- 本日、発熱やかぜ症状はありますか。 ない ある
- 身長 (cm) ●体重 (kg) ●職業 ()
- 学生 小学生 中学生 高校生 大学生 専門学校生 (年生)
- 同伴者のいらっしゃる方は続柄をご記入ください ()
- どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い 腰が痛くて仕事中座ってられない

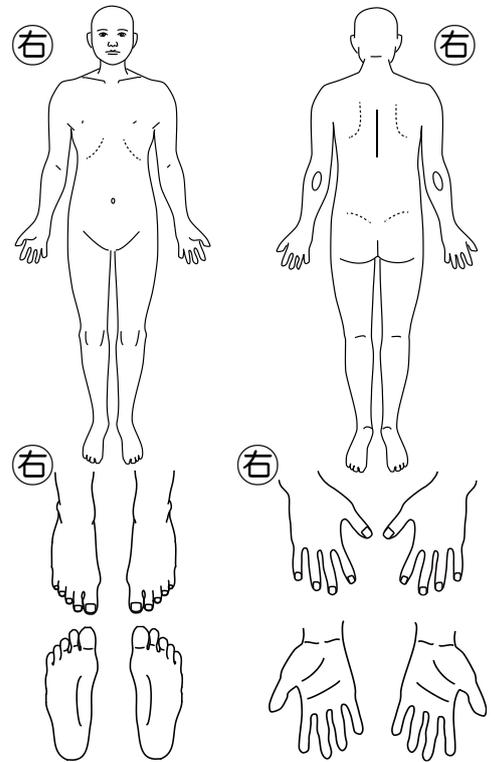
痛みのある方のみ、該当する口に✓ 印をつけてください。

- じっとしている時も痛みがありますか。 ない ある
- 痛みで眠れないことがありますか。 ない ある

- 症状のでているところはどこですか。
右の図に○をつけてください。

- 発症 (受傷) 日はいつですか。
 (年 月 日)
 () 週間前 () か月前 () 年前

- 原因はありますか。
 わからない スポーツ中
 その他 ()
 工作中・通勤中のけが 学校内・通学中のけが
 交通事故 (事故日 年 月 日)



- 経過を簡単に教えてください。

- 上記のことで治療を受けたことはありますか。
 ない ある (施設名)

- 本日の受診目的を教えてください。

裏面もご記入ください。

