

## 診察申し込み用紙

ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日	明治・昭和 大正・平成      年      月      日	年齢	
		介護認定	
住所	(電話・携帯)	有・無	
症状	例: 右足が痛い		
発症日	例: Δ○日前位から		

治療上大切なことですので、下記の表に○印を記入して下さい。

今迄に医師よりアレルギー体質(例えば喘息等)と言われたことがありますか。	はい	いいえ
注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たことなどありますか。	はい	いいえ
以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたことなどありますか。	はい	いいえ
ペースメーカーを使用していますか。	はい	いいえ
<女性の方へ> 妊娠、あるいは妊娠の疑いがありますか。	はい	いいえ
ご来院のきっかけをお尋ねします。		
インターネット    タウンページ    バス車内放送    各種情報誌 家族知人紹介    近隣居住    その他(      )		

\* その他、異常なことがあった方は必ず医師に申し出下さい。

医療法人社団 武部整形外科リハビリテーション