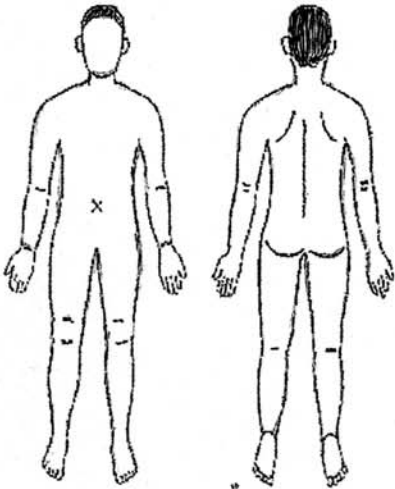
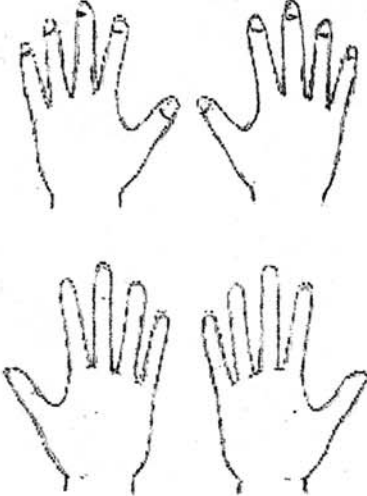
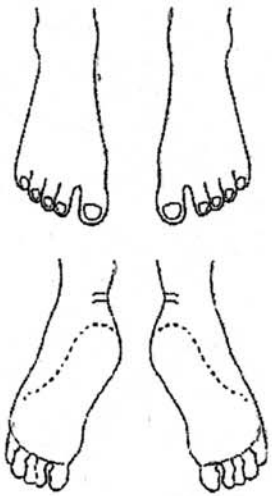


御宿 田口整形外科クリニック 予診票

平成 年 月 日

ふりがな	男・女	生年月日: 大・昭・平 年 月 日
お名前		()才
郵便番号	ご住所	
電話番号 ()	ご職業	

1 あなたは どこが具合悪くて来院されましたか?
 具合の悪い所を絵図に○印をしてください。

2 どうしましたか?
 転んだ、ぶつけた、落ちた、自然に、その他()

3 その症状はいつ頃からはじまりましたか?
 (月 日)から ()日前ぐらいから ()週間前ぐらいから ()ヶ月前ぐらいから

4 そのために、今までどこかで診察を受けましたか?
 ない 受けた(年 月 日) 病院名()

5 他の病気で治療をされていますか?
 ない ある(高血圧 心臓系 糖尿病 喘息 胃潰瘍 その他()

6 今までに大きな手術を受けたことがありますか?
 いいえ はい=いつごろ() どの病院で()

7 薬のアレルギーはありますか?
 いいえ ある=薬剤名()

8 女性の方へ 現在妊娠していますか?
 いいえ はい(ヶ月) 不明