

関水整形外科・初診問診表

フリカ・ナ

氏名： _____ (男・女) ・ 職業： _____

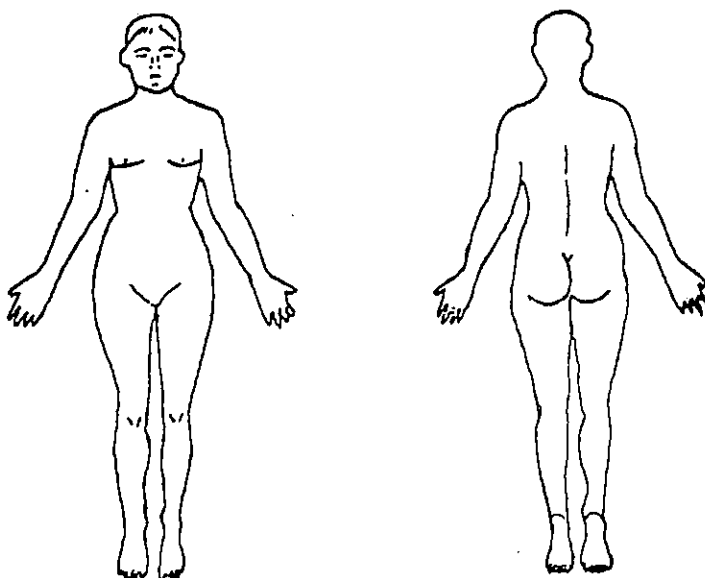
生年月日： 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 年齢 _____ 歳

住所： 〒 _____

電話番号： _____ (_____)

身長： _____ cm ・ 体重： _____ kg

1) どうされましたか？診察を受けたい所に○印を付け、症状を書いて下さい。



2) いつからですか？ また、原因は何ですか？

- 1. 交通事故
- 2. 労災
- 2. スポーツ
- 4. その他 (_____)

3) 今の症状で医師・接骨院等にかかっていますか？

- 1. はい (_____)
- 2. いいえ

4) 大きな病気・外傷・手術等したことがありましたか？

- 1. はい (_____)
- 2. いいえ

5) 今までに食品・薬品などで、アレルギー・喘息等を起こしたことがありますか？

- 1. ある (_____)
- 2. ない

6) 【女性の方】現在、妊娠している可能性はありますか？

- 1. はい (_____ ヶ月)
- 2. いいえ

*ご記入後、“保険証・受給者証”等を添えて、『受付窓口』に提出して下さい。