

予診カード

新道東フレンド整形外科

ふりがな			職業	
氏名	様 男・女			
住所	〒 -		電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月 日生(才)

(1) 今回、症状のある所に○をつけて下さい。

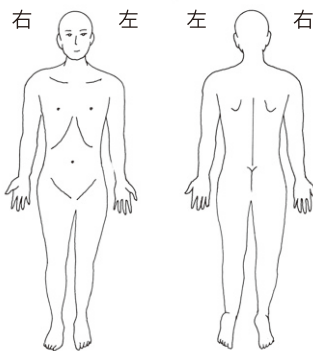
① どのような症状ですか？

- [1. 痛み 2. しびれ 3. 違和感 4. 腫れている 5. 赤い
6. ハリ感・コリ感 7. 熱感 8. 冷感 9. キズがある]

その他 ()

② それはいつ頃からですか？

()



(2) 今回の症状で思い当たる原因はありますか？

- ・ 仕事中のケガ (通勤、帰宅途中も含む)
- ・ 交通事故
- ・ スポーツ中のケガ
- ・ 特に思い当たらない
- ・ その他 ()

(3) 現在治療中の病気、または過去に病気・手術があれば○をつけて下さい。

- ・ 心臓病
- ・ 脳疾患
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 肺疾患
- ・ 喘息
- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧
- ・ 高脂血症
- ・ 甲状腺疾患
- ・ 消化器科疾患
- ・ 前立腺疾患
- ・ 婦人科疾患
- ・ その他 ()

※ 過去にした手術

- ・ 心臓ペースメーカー
- ・ スtent
- ・ 脳クリップ
- ・ 虫垂炎
- ・ 骨折
- ・ 癌
- ・ その他 ()

(4) 服用している薬はありますか？ ない ・ ある

※ 服用している薬の中に、血液をサラサラにする薬がありますか？ ない ・ ある

※ お薬手帳があれば、必ず予診カードと一緒にご提出ください。

(5) 薬・注射・アルコール綿・食べ物にアレルギーはありますか？ ない ・ ある ()

(6) 骨粗鬆症の検査を希望されますか？ はい ・ いいえ ・ 必要があれば

(7) 下記に当てはまる方は○をつけて下さい。

- ・ 難聴 (右 ・ 左)
- ・ 閉所恐怖症
- ・ 妊娠中 (週)
- ・ 授乳中

(8) 40歳以上の方で、介護保険を利用してリハビリを利用していますか？

- していない
- ・ している