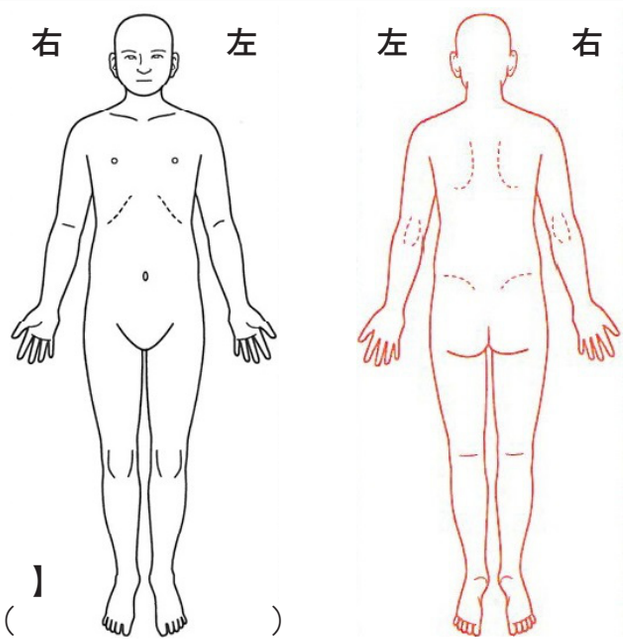
山本整形外科・循環器科　予 診 用 紙

以下の質問にお答えください。（○をつけるか、書き込んでください）

フリガナ						
お 名 前					生年月日	M・T・S・H　年　月　日 （　歳）
身　長	cm	体　重	kg	性　別	男・女	
住　所						
自宅 TEL					携帯電話	
緊急連絡先 TEL（自宅以外）：　ー　ー　（続柄：　）						



1 どこの具合が悪いのですか？
その部位を右図に記してください。▶▶▶▶▶▶▶

2 いつからですか？
（　）

3 どのような症状ですか？
痛み　しびれ　重苦しさ
腫れ　変形　動きが悪い　出血
その他（　）

4 現在の体温は？（　）

5 何か思い当たる原因がありますか？
ない　ある（　）

6 当院を受診される前はどこかで診療または治療を受けましたか？
受けない　受けた→他の病医院
【病院・医院名：　】
接骨院　整体　鍼灸　マッサージ　その他（　）

7 ご職業は次のどれに当てはまりますか？
事務系　営業　力仕事　立ち仕事　サービス業　学生　無職
その他（　）

8 スポーツ（運動）をしていますか？
いいえ　はい →（競技名：　）

9 現在、定期的な診察を受けているまたは、お薬を飲んでいる病気はありますか？
いいえ　はい → 高血圧　糖尿病　コレステロール　心臓　胃腸　肝臓
その他（　）

10 現在、歯科治療中ですか？　又は、定期的に歯科にて歯のメンテナンスを受けられていますか？
いいえ　メンテナンスのみ　治療中→【歯科医院名：　】

11 今までに何かの病気、ケガで入院・手術をしたことがありますか？
ない　ある →（　）

12 今までに麻酔、薬物アレルギーをおこしたことがありますか？
ない　ある →（　）

13 虫歯を抜いたとき、問題があったことがありますか？
ない　ある →（　）

14 その他のアレルギーをおこしたことがありますか？
ない　ある → 植物　食物　アトピー　花粉症　アルコール
その他（　）

15 1ヶ月以内に胃のバリウム検査をしましたか？
いいえ　はい →（いつですか？　月　日）

16 【女性の方へ】現在妊娠している可能性はありますか？又は、授乳中ですか？
妊　娠：いいえ　はい　　授　乳：いいえ　はい

確認の為、記入された方の署名をお願いします	（続柄：　）