予 診 票

来院日　　年　　月　　日（　　：　　）

フリガナ		男 女	連絡先 電　話	
名　前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		勤務先 学校名	
				電話
住　所	〒			

◆症状をお書きください

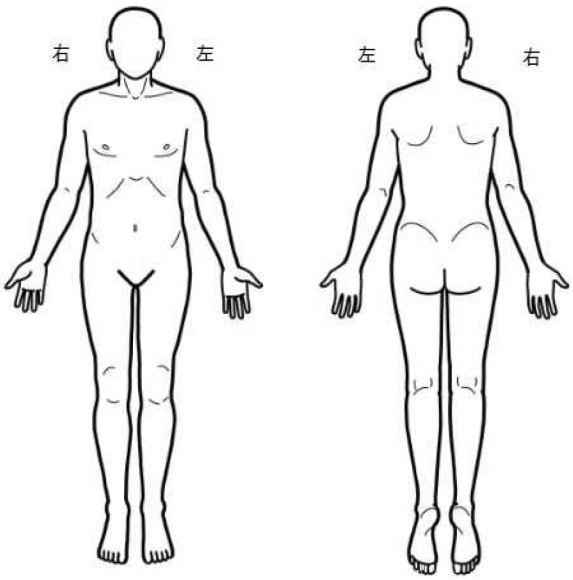
◆いつ頃からですか

◆症状・けが はどのような状況でおきましたか

◆現在・過去に ぜんそくの症状はありますか

・ある　　・ない

診察希望の部位に印を付けてください



◆今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか

心疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 受けたことがない ・ その他 （　　）

◆今までに手術を受けたことがありますか 整形外科以外でもお書きください

・ある （　　） ・ない

◆現在服用中の薬はありますか

・薬品 または 病名 （　　） ・のんでいない

◆注射・薬でアレルギー等がおきたことはありますか

・ある （　　） ・ない

◇女性の方にお尋ねします

現在 妊娠中（妊娠の可能性がある）または 授乳中 ですか

・はい　　・いいえ

◆来院のきっかけをお選びください

家の近所 ・ 職場の近所 ・ 学校の近所 ・ 知人の紹介 （　　）

インターネット ・ 他医の紹介 （　　） ・ その他 （　　）

◇交通事故で受診される方にお尋ねします

警察に提出する診断書は必要ですか

・要　　・不要

◆その他 何かありましたらご記入ください

吉田 整形外科クリニック
YOSHIDA ORTHOPEDIC CLINIC