医療法人社団彦星会
健都 よねだスポーツ整形外科

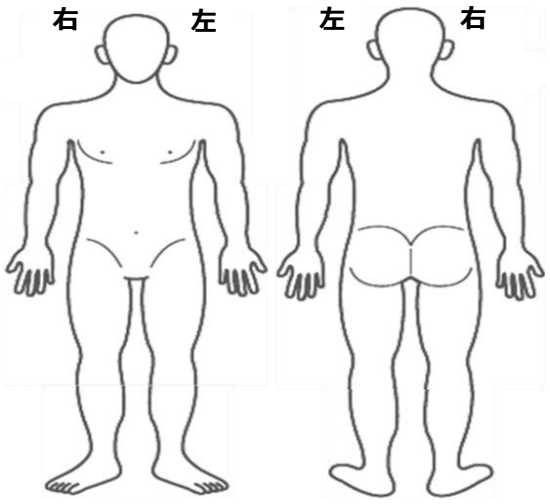
記入日　　年　　月　　日

※ 診療は予約の方が優先です。また、初診の方は、お呼びするまでにお時間をいただく場合がございます。
紹介状・CD-R(画像)・お薬手帳をお持ちでしたら、受付へご提示ください。

フリガナ		生年月日	明治・大正　　年　　月　　日 昭和・平成　　(年齢　　歳)
お名前	男 女		
住所	〒　　－　　都・道・府・県		
電話番号(携帯)		電話番号(固定)	
学校名/ご職業		スポーツ(ﾎﾟｼﾞｼｮﾝ)	

1．本日は、どのような症状で来院されましたか？(症状の強い順に、人体図も一緒に記入ください。)

どこが/いつから	症状
(どこが) (いつから)	痛み　腫れ　しびれ　赤み　熱を持っている (その他)
どこが/いつから	症状
(どこが) (いつから)	痛み　腫れ　しびれ　赤み　熱を持っている (その他)
どこが/いつから	症状
(どこが) (いつから)	痛み　腫れ　しびれ　赤み　熱を持っている (その他)



身長:　　cm / 体重:　　kg

2．現在、過去に上記症状で、治療を受けたことがありますか？

病院(整骨院)：　　診断名：　　治療方法：

3．現在、ほかの病気で治療中・指摘を受けたことがありますか？

高血圧　糖尿病　高脂血症　心臓病　腎臓病　肝臓病　緑内障　前立腺肥大　喘息
リウマチ　痛風　その他 (　　)

4．現在、服用中のお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。

5．お薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

6．【女性の方へ】現在、妊娠している可能性はありませんか？ また、現在 授乳中ですか？

妊娠の可能性：　ない ・ ある　　/　授乳中：　はい ・ いいえ

7．どちらで当院をお知りになられましたか？

家族　友人･知人　新聞･雑誌　看板　当院の前を通って　インターネット
岩橋クリニック　守口敬仁会病院　吹田市民病院　その他(　　)