診察の前に、以下の質問にお答えください。　　坂本整形外科

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男性・女性

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ（自宅・携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿　ＴＥＬ（会社）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．今日はどのような症状のためにお越しですか？

その症状はどのようなものですか？

症状のある身体の部位はどこですか？

いつ頃から症状がありますか？

何か思い当たる原因はありますか？

２．アレルギー体質はありますか？

いいえ　　はい　⇒　アトピー性皮膚炎、喘息、その他（　　）

３．今までに薬などで発疹などが出たことがありますか？

いいえ　　はい　⇒　薬名（　　）症状（　　）

４．今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことはありますか？

いいえ　　はい　⇒　病名（　　）時期（　　）

手術名（　　）時期（　　）

５．現在のんでいる薬はありますか？

いいえ　　はい　⇒　薬名（　　）

６．(女性の方のみ)現在妊娠または授乳されていますか？

いいえ　　はい

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。

＊当院は、診療情報を取得活用することにより、質の高い医療提供に努めています。