お久しぶりの方

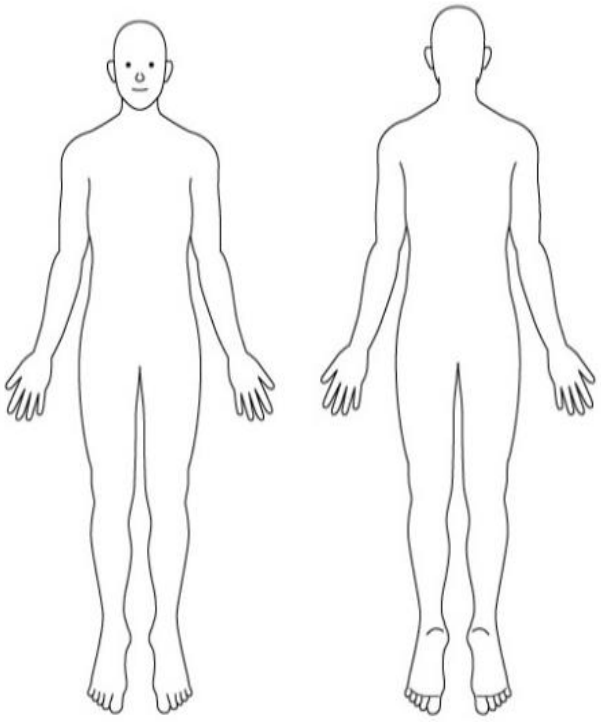
YOC 行橋整形外科

ID: _____　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日
お名前		歳	大・昭・平・令 年　　月　　日

ご住所 電話番号	□変わりなし □変わった　※新しいご住所・電話番号の記入をお願いします 〒　　－	携帯電話	－　　－
		自宅電話	－　　－

■症状があるのはどこですか？



前　　後

■どのような症状ですか？

□痛い　□しびれる　□腫れている
□傷がある（出血　□あり　□なし）　□何かできている
□アレルギー　□骨密度検査　□爪切り
□その他（　　）

■症状が出たきっかけは何ですか？

□けが（スポーツ・転倒など）　□原因不明
□学校のけが　□交通事故　□仕事中のけが（労災）
□その他（　　）

■いつ頃からですか？

（　　）頃から

■紹介状をお持ちですか？（CD-R、診断書など）

□いいえ　□はい

■プラセンタ希望（どのような目的ですか？）

□アレルギー　□美 容　□更年期　□その他

■既往歴	□なし　□喘　息(　　歳頃)　□高 血 圧 （　　歳頃) □糖 尿 病(　　歳頃)　□心臓病(　　歳頃)　□高脂血症（　　歳頃) □腎 臓 病(　　歳頃)　□その他(病名：　　歳頃)
■内服薬	□なし　□あり　**※お薬手帳をお持ちの方はお出しください。** □お薬手帳忘れ　（お薬：　　）
■手術歴	□なし　□あり　（何歳ごろ：　　手術：　　） □ペースメーカー　□金属（ボルト、人工関節など）
■介護保険証	□介護認定なし　□介護認定あり　**※介護保険証をお持ちの方はお出しください。**
■アレルギー	□なし　□あり　薬品・食べ物・その他（　　）
■女性の方	□妊娠していない　□妊娠中　□授乳中

■家族の既往歴	□とくになし　□不明　□心臓病（父・母・兄弟）　□高 血 圧 （父・母・兄弟） □ 脳 卒 中（父・母・兄弟）　□　癌　（父・母・兄弟）　□高脂血症（父・母・兄弟） □腎 臓 病 （父・母・兄弟）　□ 骨 折 （父・母・兄弟）　□リウマチ（父・母・兄弟）