Registration Form ＆ Medical Questionnaire　ORTHOPEDICS（整形外科・問診票）

Name(名前）			
Date of birth(生年月日）	year　month　day		☐Male　☐Female
Address(住所）	〒(Postal Code)	Prefecture	City
Mobile Phone(携帯電話）			
Emergency contact(緊急連絡先）	Name	Phone	
	Relation (関係)	☐family ☐friend ☐teacher ☐others (　)	
Is this your first visit to this clinic？（当院は初めてですか。）	☐Yes	☐No(When)	
What is the cause of your problem？（どうしましたか。）	☐traffic accident（交通事故） ☐injured in business（仕事中のけが） ☐others(その他)		
What are your symptoms?（どこが,どのように）	☐injury(けが) ☐sprain(ひねった) ☐pain(痛み) ☐numbness(しびれ) ☐others(その他)		
Where is it hurting now?（今の症状は）			
Do you have any medication allergies?（薬のアレルギー）	☐No	☐Yes(What)	
What illnesses have you had in the past?（過去の病気）	☐Yes(What)		
Are you currently under medical treatment?（現在治療中の病気）	☐Yes(What)		
Are you currently taking medication?（服用中の薬）	☐Yes(What)		

池田医院　2019～