

フリガナ

名前 () 生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 ()

性別 男・女 職業 () 電話番号 ()

〒

住所

①どこが悪いですか？ 絵に○をつけてください。

②どのような症状ですか？

痛い しびれる 動かみにくい はれている

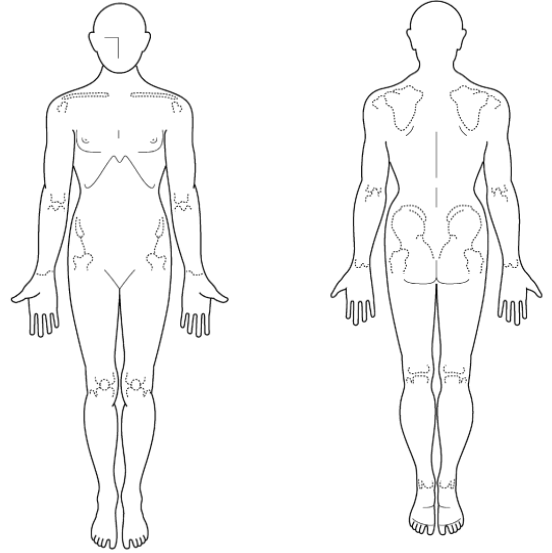
傷があるその他 ()

③いつ頃からですか？ ()

④症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

交通事故 仕事中 スポーツ 特に原因なし

その他 ()



⑤ この症状で現在・過去に検査や治療を受けていますか？

はい 医療機関名 () 治療内容 お薬 注射 リハビリ その他

いいえ

⑥ 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

胃・十二指腸潰瘍 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病

前立腺肥大 緑内障 脳梗塞 (脳クリップ有・無) ペースメーカーあり

その他 ()

⑦ 今までに病気やケガで入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ はい いつ () 手術名 ()

()

⑧ 現在 飲んでいるお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

いいえ はい 服薬中のお薬 ()

⑨ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい 何のアレルギーですか？ ()

⑩ 女性の方のみお書きください。

現在 妊娠していますか？ はい いいえ 可能性あり

現在 授乳中ですか？ はい いいえ

★診療についてご希望がありましたら チェックしてください。

リハビリ 薬・注射 骨密度検査 レントゲンなどの精密検査 セカンドオピニオン