

医療情報システムによる情報取得に同意をいただけますか？ はい・いいえ(理由)
 フリガナ 携帯()自宅() 必ず連絡がつく番号をお願いします
 名前()生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢()
 身長(cm) 体重(kg) 性別 男・女 職種() 代筆者の名前・続柄()
 住所 〒 ◆身障手帳はお持ちですか？ 無・有(お持ちの方は提出してください)
 介護認定を申請されていますか？ いいえ・はい (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
 現在、介護サービスを受けていますか？ いいえ・はい 《デイケア・デイサービス・訪問リハビリなど》

お困りの場所はどこですか？ 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 動かしにくい はれている 傷がある
ジンジンビリビリする 15分以上歩けない その他()

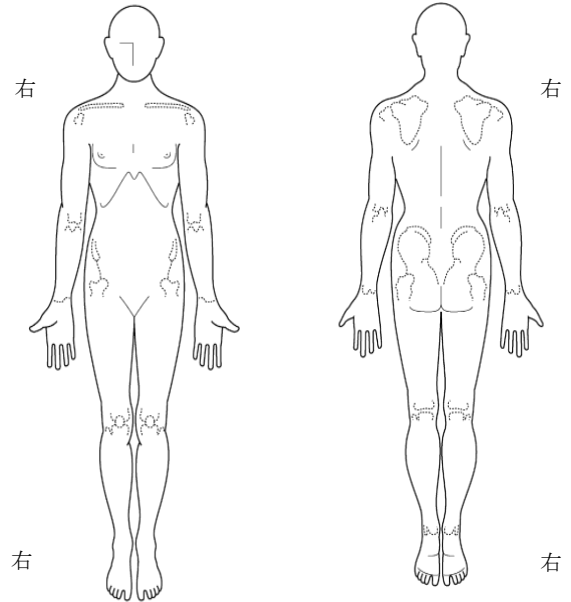
③いつ頃からですか？ ____月 ____日
 日前 ____ヶ月前 ____年前

④症状が出たきっかけ・原因はなんですか？ 特に原因なし

転倒・転落・ぶつけた(状況)
スポーツ(状況)
その他()
交通事故(保険会社一括支払いになる可能性あり・なし)
工作中(労災保険になる可能性あり・なし)

※交通事故、通勤中・業務中が原因の場合は受付に必ず申し出てください

※学校からの書類がある場合は 受付に必ず申し出てください



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 (かかりつけ医療院名) 紹介状あり・なし CD-Rあり・なし

⑥ 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

心疾患(パ-メ-カ-あり・なし) 胃・十二指腸潰瘍 喘息 高血圧 肝臓病(B型肝炎あり・C型肝炎あり) 腎臓病
糖尿病 高脂血症 痛風 リウマチ 膠原病 緑内障 脳梗塞(脳クリップあり・なし)
前立腺肥大 その他()

⑦ 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ください (手帳持参あり・なし)

いいえ はい 服薬中のお薬()

⑧ 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？() アルコールアレルギー (有・無)

⑨ (女性の方のみ) 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

閉経していますか？ いいえ はい (いつ頃 ____年前 ____歳頃)

⑩ 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()

★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(器械による物理療法・理学療法士による運動療法) 薬・注射 骨密度検査 レントゲン・採血などの検査
セカンドオピニオン希望 自費診療(化粧品・サプリメント・美容医療・ビタミン注射)

★当院をどちらでお知りになりましたか？ 知り合い(____様) 家族(____)  LINE 待ち時間

病院の紹介 ホームページ Instagram Facebook LINE YouTube TikTok 通り道 その他