



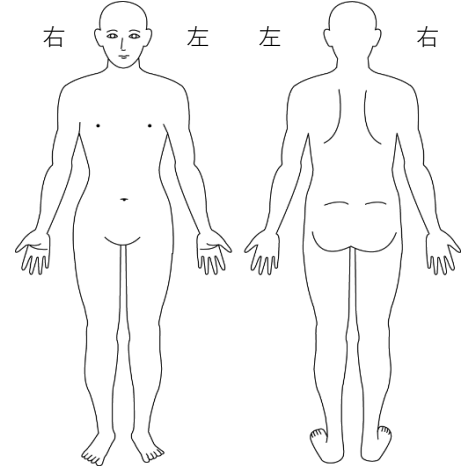
フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)		
名前	男・女		(西暦)			
ご住所	〒 -	電話番号	( )			
		携帯電話	( )			
ご職業	介護保険について ※65歳以上の方のみご記入ください					
スポーツ	要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 不明					

1 どのような症状で来院されましたか。

痛い しびれる 腫れている その他( )

2 症状のある部位に○を付け、具体的な部位を記載ください。 →

具体的な部位( )



3 症状はいつごろからでていますか。

今日 ( )日前から ( )か月前から ( )年前から

4 その症状が出るのに思い当たる原因がありますか。

( )

※ あてはまる場合○をつけてください( 交通事故・労災 )

5 どういうときに症状がありますか。

起床時 立っているとき 歩いているとき 寝ているとき その他( )

6 他院でその症状の治療を受けたことがありますか。

ない・ある 時期( 年 月 日) 治療内容( ) 施設( )

7 治療を受けた・受けている病気はありますか。(あてはまれば○をつけてください)

糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 胃潰瘍 緑内障 リウマチ 痛風 喘息 その他( )

8 手術を受けたことがありますか。

ない・ある 時期( 年 月 日) 病名/手術内容( )

9 現在、服用しているお薬はありますか。 ※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提出ください。

ない・ある 薬剤名( )

10 お薬・注射や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。

ない・ある 症状( )

11 採血や注射でご気分が悪くなったことがありますか。

ない・ある 症状( )

12 【女性の方へ】あてはまる物に○をつけてください。

妊娠中( ヶ月) 妊娠の可能性あり 授乳中

13 当院を何で知りましたか。

インターネット ( ホームページ Googleマップ Twitter Facebook )
看板・広告 ( 駅 電柱 電車内 郵便局・区役所の封筒 )
知人・ご家族からの紹介 (お名前 ) 他院からの紹介 その他( )

☆紹介状・MRI画像・レントゲン画像・おくすり手帳などがありましたら、受付にご提出ください。