

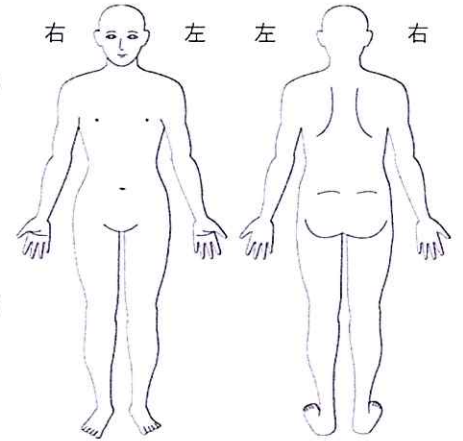


フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
名前				
ご住所	〒 -			電話番号 () 携帯電話 ()
ご職業		介護保険について ※65歳以上の方のみご記入ください		
スポーツ		要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 不明		

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 興味・関心のある治療・検査はありますか。(あてはまれば○をつけてください)

筋膜リリース注射 リハビリ 骨密度検査 PFC-FD その他()

14 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。