



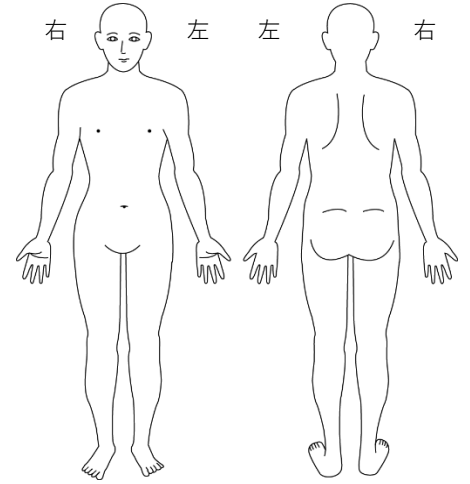
フリガナ				生年月日			
名前	男・女		(西暦)	年	月	日	( 歳)
ご住所	〒 -				電話番号	( )	
					携帯電話	( )	
ご職業	介護保険について ※65歳以上の方のみご記入ください						
スポーツ歴	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) 不明						

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。

( )

※ 交通事故・労災の場合は左に○をつけてください。

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 今までに大きな病気をしたり、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( )

8 現在、次の病気で治療を受けていますか。(あてはまれば○をつけてください)

痛風 リウマチ 骨粗鬆症 糖尿病 心疾患 脳血管疾患 その他 ( )

9 現在、服用している薬がありますか。 ない ・ ある

薬品名 ( ) ※またはお薬手帳を受付にお出しください

10 薬や注射で異変が起こったことがありますか。

ない ・ ある 症状( )

11 【女性の方へ】 現在、妊娠している可能性はありますか。 ない ・ ある

現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい

13 当院を一番最初に何で知りましたか。

インターネット 知人・ご家族からの紹介 他院からの紹介 看板・広告 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。