

フリガナ			生年月日	
お名前	様		男 女	年 月 日 (歳)
職業 (学校・学年)			仕事の内容 (スポーツ種目)	
ご住所	〒 -			
電話番号	() -		携帯電話	() -
※緊急連絡先	名称又は氏名			
	(続柄)		連絡先TEL	() -

※緊急連絡先は必ずご記入ください。気分が悪くなられた場合等に使用いたします。

◆これまでに当医院で治療を受けられたことがありますか。

ある ない

◆本日、診察を受けられる傷病についてお答えください。

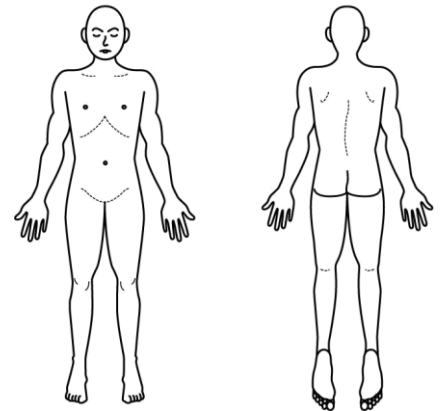
◇当院では患者様の待ち時間を短縮するため、緊急性がある場合を除き、「診療は原則1箇所」にさせていただきますのでご了承ください。

1. 診療を受けられる部位はどこですか。(→右図に○印をつけてください)

部位 []

2. どのような症状でお困りですか。

症状 []



3. 症状がでたのはいつ頃ですか。

年 月 日 時頃

4. 診療を受けられる傷病の原因は、

工作中 交通事故 スポーツ中 その他

5. 経過について簡単に教えてください。

[]

◆介護認定を受けておられますか？

はい 要介護 () 要支援 () わからない いいえ

裏面もご記入ください



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

お名前： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

◆ 下記項目についてお答えください。 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 1 皮膚にカブレ、しっしんがしやすいですか。 はい ・ いいえ
- 2 ぜんそくといわれた事がありますか。 ある ・ ない
- 3 これまで医師から特別な体質といわれた事がありますか。
 ある [] ・ ない
- 4 くすりをのんだり注射をして副作用が起きた事がありますか。
 ある [薬品名： _____ 状態： _____] ・ ない
- 5 治療中に気分が悪くなった事がありますか。（採血・処置など）
 ある [] ・ ない
- 6 現在のんでいるくすりがありますか。
 ある [病院名： _____ 薬品名： _____] ・ ない
お薬手帳持参の方は記入不要。□⇐ここにチェック（窓口に提出してください）
- 7 重い病気や手術をした事がありますか。
 ある [] ・ ない
- 8 手術などで身体の中に入っている金属はありますか。
 ある [] ・ ない
- 9 この半年の間に、他院でMRI・CT・胃透視検査などを受けられた事がありますか。
 ある [_____ 年 _____ 月 _____ 日 検査名： _____] ・ ない

◆ 女性の方は下記項目についてもお答え下さい。

- 10 妊娠していますか はい ・ いいえ ・ わからない
- 11 授乳中ですか はい ・ いいえ

裏面もご記入ください

