

ふりがな

氏名 _____ 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳 電話番号 - -

住所 〒 _____

緊急連絡先 _____

※1から4までは診察に必要な部分のですので、必ずご記入ください。

1. 診察希望の部位を右下の図に○で囲んでください
(なるべく1カ所をお願いします)

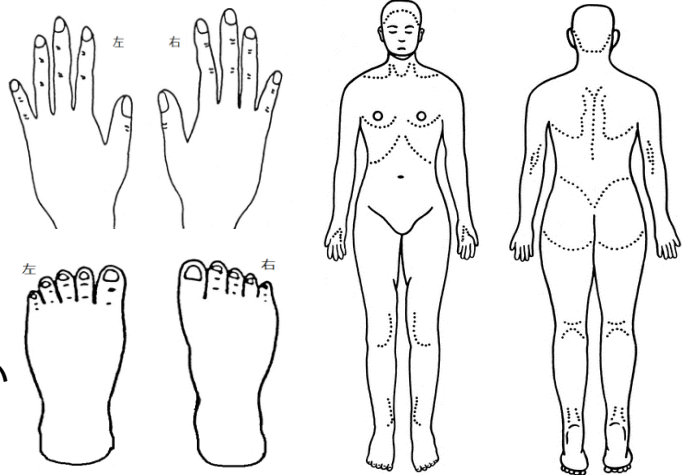
2. いつ頃から症状がでていますか？

3. 具体的にはどのような症状ですか？

4. 原因と思われることに○をお付け下さい

- ・転倒、怪我 ・使いすぎ、疲労 ・交通事故
- ・不明 ・その他

※原因が明らかに分かっている場合はその詳細をお書きください



・労災の可能性のある方は○をつけてください []

5. 1～4でお答え頂いた症状について、他院で治療を受けられたことはありますか？

- はい [施設名 _____]
- いいえ

6. 差支えなければ、ご職業を教えてください

[_____] (例) デスクワーク、立ち仕事など

7. 今までに病気をされたことはありますか？

はい ※「はい」とお答えの方は、どのような病気をしたことがありますか？

- ・高血圧 ・糖尿病 ・心疾患 ・気管支喘息
- ・胃炎、胃潰瘍 ・緑内障 ・その他(_____)

いいえ

8. アレルギーはありますか？(薬・食品など)

- はい [_____]
- いいえ

9. 妊娠の可能性はありますか？

- はい ・ いいえ

10. 当院を何でお知りになりましたか？

- ・知人の紹介 ・病院からの紹介 ・看板(駅・電柱) ・近くを歩いて ・インターネット ・タウンページ

11. 65歳以上の方 介護保険認定は受けていますか？

- はい ・ いいえ