

診察の前にお尋ねします

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日(大・昭・平) 年 月 日 歳

現住所 〒 -

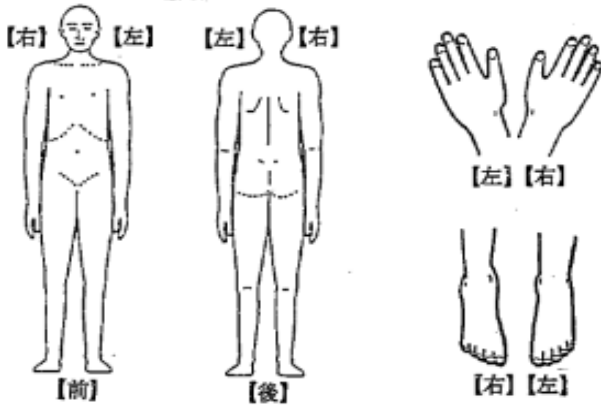
自宅電話

お勤め先・学校名

携帯電話

仕事内容を○印で囲んでください。
デスクワーク 営業 立仕事 その他()

*診察希望の部分を下の図に○で記入してください



*どのような症状ですか？○印で囲んでください。
痛い・重い感じ・しびれ・変形・動きが悪い・腫れ
その他()

*症状はいつ頃からですか？()頃

*症状・お怪我はどのような状況で起きましたか？
原因不明・仕事中・通勤途中・交通事故
スポーツ中(種目)・その他

*スポーツをしていますか？はい いいえ
(種目 週 回;月 回)

*MRI検査を希望されますか？
(はい・いいえ・医師の判断)

*介護認定を受けていますか？
(受けていない・要介護・要支援)

今までに治療した病気又は現在治療中の病気はありますか？ 心臓病(ペースメーカー)・糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍 その他()	はい	いいえ
今までに手術を受けたことがありますか？すべてご記入下さい。 病名又は手術名()	はい	いいえ
今、飲んでいるものはありますか？(お薬、漢方薬、サプリメントなど) お薬手帳あり・なし(薬品名:)	はい	いいえ
血液をかたまりにくくする薬を飲んでいますか？ 病名又は薬品名()	はい	いいえ
注射・お薬でアレルギー等が起きたことがありますか？ 薬品名と症状()	はい	いいえ
現在又は過去にぜんそくと言われたことがありますか？ いつ頃ですか？()頃	はい	いいえ
湿布でかぶれたことがありますか？	はい	いいえ
*女性の方にお尋ねします。 現在、妊娠中・妊娠の可能性ありますか？・授乳中ですか？	はい	いいえ

*ご来院のきっかけをお教え下さい。

- ①家の近所 ②会社、学校の近所 ③情報センター ④知人の紹介()
⑤他医の紹介() ⑥インターネット() ⑦その他()

*その他、何かありましたらご記入ください。

()

*患者さんの病状や治療内容により、診察の順番が前後することがございますのでご了承願います。

*名前での呼び出しをご希望されない方は、その旨受付までお申し出下さい。