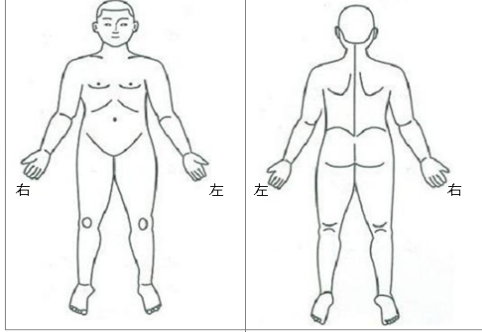


ふりがな				男・女	
氏名				様	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 ー			身長(cm)	
				体重(Kg)	
電話	自宅 ()	ー	携帯	ー	ー

★診療に関わることになります。わかる範囲で記入してください。

① 本日はどのような症状で来院されましたか？	※人体図に○印などでご記入ください。
<p>()</p> <ul style="list-style-type: none"> いつから()頃から 仕事中の怪我 交通事故の怪我 職業() スポーツ歴()()年 骨折歴 有・無 部位() 	
<ul style="list-style-type: none"> 同様の症状で、他の医療機関を受診されたことがありますか？ 	はい・いいえ
医療機関名() 病名()	
② これまでに次の病気を指摘されたことはありますか？	はい・いいえ
* はいと答えた方は○をしてください 高血圧症 糖尿病 高脂血症 ぜんそく アレルギー 脳卒中 肝臓病 腎臓病 心臓病 腫瘍 狭心症または心筋梗塞 肺結核 がん 膠原病 不整脈 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ その他()	
③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？	はい・いいえ
医療機関名() 病名()	
④ 現在、内服している薬があれば記入してください。	
* 薬剤情報提供書やお薬手帳をお持ちの方は提示してください () 現在、サプリメントを内服している方は記入してください。()	
⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？	はい・いいえ
いつ頃() 病名()	
⑥ 家族の方で次の病気を指摘された方はいらっしゃいますか？	はい・いいえ
* はいと答えた方は○をしてください 高血圧症 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ 骨折 部位(腰・手関節・大腿骨・その他)	
⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？	はい・いいえ
どのような薬() どのような症状()	
⑧ 今までに輸血を受けたことがありますか？ いつ頃()	はい・いいえ
⑨ たばこは吸いますか？ 1日()本	はい・いいえ
⑩ アルコールは飲まれますか？	はい・いいえ
なにを() どれくらい()	
⑪ 女性の方へお聞きいたします	はい・いいえ
・妊娠の可能性はありますか？	
⑫ 最終月経(月 日頃)	
・閉経されている方 閉経(歳)	
⑬ 当院への来院されたきっかけを教えてください	1、口コミ 2、特になし 3、HP等広告 4、紹介 5、以前通院していた 6、その他()