

ID	ふりがな			生年月日:	年	月	日
	氏名	様					歳(男・女)
住所	〒					身長	cm
						体重	kg
電話	自宅	-	-	携帯	-	-	職業:

★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。
痛い 痺れる 動かすににくい 突っ張る はれている
 その他()・いつから()頃から
仕事中の怪我 交通事故の怪我
 ・骨折歴:なし あり→部位()・スポーツ歴()()年
 ・同様の症状で他の医療機関を受診されましたか？
いいえ
はい→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？いいえ はい * 該当するものに☑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
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？いいえ はい
 * はいの方はご記入ください→医療機関名() 病名()

④ 現在、内服しているお薬はありますか？
ない ある→今お薬手帳はお持ちですか？いいえ はい
 ※お薬でアレルギーを起こしたことがありますか？
いいえ はい→どのような薬() どのような症状()

⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？
いいえ
はい→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？
いいえ はい→該当するものに☑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 今までに輸血を受けたことがありますか？いいえ はい→いつ頃()

⑧ たばこは吸いますか？いいえ はい→1日()本

⑨ アルコールは飲まれますか？いいえ はい→何を() どれくらい()

⑩ 介護サービスを受けられていますか？いいえ はい

⑪ 女性の方へお聞きいたします
 ・妊娠の可能性はありますか？いいえ はい
 ・最終月経(月 日頃)・閉経されている方 閉経(歳)

⑫ 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()

