

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

年

月

日()

歳

住所 千

電話番号

— —

利き手: 右・左

※1から4までは診察に必要な部分ですので、必ずご記入ください。

1. 診察希望の部分を右図に1カ所○で囲んでください

(初診時は1部位からの診察になります)

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(傷/あり・なし)・使いすぎ、疲労
- ・スポーツ・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**の可能性がある方は○をつけてください []

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

はい [施設名:]

いいえ

6. 差し支えなければ、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 介護保険認定はうけていますか?

はい ・ いいえ

