

ふりがな				男・女	生年月日				
お名前				男・女	大・昭 平・令	年	月	日	才
					介護保険利用の有無 (有 ・ 無)				
ご住所	〒			電話					
				携帯					
				緊急連絡先 (必須)			続柄 ()		
身長			cm	体重			kg	体温	°C

1) 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ①紹介(家族・友人・知人) ②新聞チラシなどの広告 ③インターネット ④前を通過して

2) 本日の症状をご記入ください。

※ 右図の症状のある部位に○印を記入してください

3) いつからの症状ですか？

令和 年 月 日 ()

4) どのような症状ですか？ (出来るだけ詳しくお書き下さい。)

[]

5) 原因・きっかけはありますか？

[]

6) 本日の症状で労災を申請する予定はありますか？

はい・いいえ

※健康保険から労災の変更は致しかねます。

7) 現在の症状について治療を受けた事がありますか？

ない・ある (医療機関名 :)

8) 今までに受けた治療、または現在治療中の病気はありますか？

ある・ない

- [癌・心臓病・脳疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・肺疾患・前立腺疾患
糖尿病・高血圧・高脂血症・痛風・リウマチ・喘息・不整脈・緑内障]

手術 (内容) その他 ()

9) ペースメーカーをご使用していますか？

いいえ・はい

☐ 本日お持ちでない方 ☐ 次回持参 ☐ 作っていない

10) 現在、服用している薬はありますか？

ない・ある (

※お薬手帳などをお持ちの方はお見せください。

) ☐ アプリ手帳 の方は診察室で
ドクターにお見せください

11) 湿布や薬、食べ物でじんましんなどのアレルギーが出た事がありますか？

ない・ある (薬剤名 :

) (食材名 :

)

◇ (女性の方にお尋ねします) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠 : ヶ月)

◇ 診察の説明は、簡略化したものを希望しますか。

[例:お急ぎの方、医師による画像所見のみ希望の方] (はい ・ いいえ)

※受付した順番が変わることはありません。

