

ID

年 月 日

| | | | | | | |
|------|---|-------------|--------------------|----|---|---------|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日生 (才) |
| お名前 | | | 介護認定を受けていますか? | はい | ・ | いいえ |
| 住 所 | 〒 | | 介護保険利用の有無 | あり | ・ | なし |
| | | | 電話 | - | - | |
| | | | 緊急時連絡先 | - | - | |
| | | | 小学生までの方のみ体重 () Kg | | | |

※下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。

1) 当院をお知りになったきっかけは?

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

2) どこで怪我をされましたか? 交通事故 お仕事中/通勤中 学校での怪我 その他

3) 今日の症状に○をつけてください。 痛み しびれ かゆみ その他()

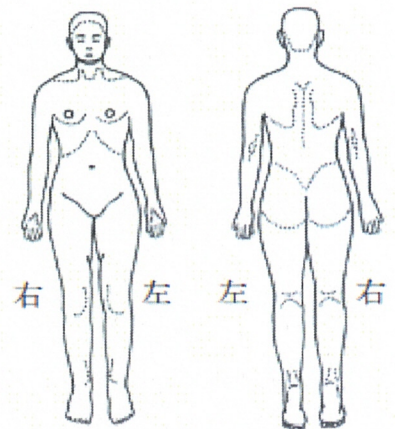
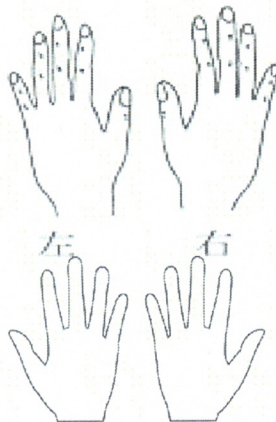
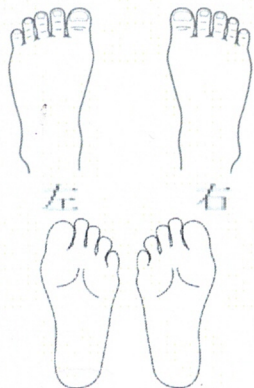
4) 症状が生じた原因についてご記入ください。わからない場合は、必ず、「不明」と御記入ください。

[]

※診察前、先にレントゲンにご案内する場合があります。レントゲンを希望しない場合はお申し付けください。

5) いつからですか? 月 日頃から

6) 図に○をつけてください。



7) 前立腺肥大・緑内障の病気はありますか? なし ある ()

8) 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか?

心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 糖尿病 高血圧 低血圧 リウマチ 喘息 その他 ()

9) 現在、他の病気で通院していますか? していない している ()

10) 現在、飲んでいる薬がありますか? ない ある ()

11) ①薬や注射のアレルギーはありますか? いいえ はい ()

②貼り薬や塗り薬でかぶれたことがありますか? ない ある ()

12) ペースメーカーを使用していますか? いいえ はい

13) 女性の方にお尋ねします。 現在妊娠中ですか? いいえ はい (ヶ月) 不明

現在授乳中ですか? いいえ はい

14) 必要があればリハビリテーション(運動療法)を希望しますか? はい いいえ 診察次第