

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生 (才)
お名前		女	要介護・要支援の認定を受けていますか？ はい・いいえ 小学生までの方のみ体重をご記入ください () Kg			
住 所	〒	電話 (ご本人) - -				
		緊急時連絡先 (親族等) - - 続柄 ()				
		ご職業 () スポーツ ()				

※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

2) どこで怪我をされましたか？ 交通事故 お仕事/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。

[]

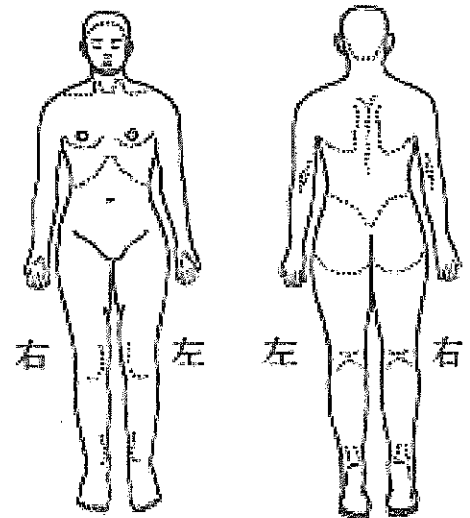
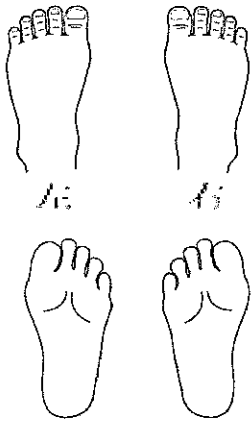
※1 今回の症状に関して他の診療機関での診療を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

※2 待ち時間短縮のため、予診票にもとづいて、

医師の指示により先にレントゲンを撮りますがよろしいですか。 (はい ・ いいえ)

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？ ない 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？ いいえ はい ()

10) 現在、他の病気で薬を飲んでいますか？ いいえ はい ()

11) ①薬や注射のアレルギーはありますか？ ない ある ()

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？ ない ある

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
当クリニックより、医療・健康に関する情報をお送りしてもよろしいでしょうか？ (はい ・ いいえ)