

ふりがな		男・女	大・昭・平・令	年	月	日生	(才)
お名前			ジェネリック医薬品を希望しますか? はい・いいえ				
住 所	〒	電話					
		携帯					
		緊急時連絡先				続柄()	

※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) 新聞チラシ等の広告 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(月 日) お仕事/通勤中 学校での怪我 その他
- 3) 本日の症状に○をつけてください: 痛み しびれ 腫れ 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。

[]

5) いつからですか? 今日・昨日・ 月 日頃から

6) 痛みのあるところを○で囲んでください。



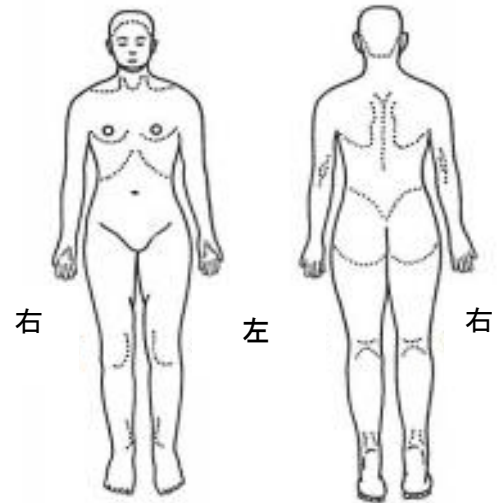
左足

右足



左手

右手



右

左

右

7) 本日の症状で他院を受診しましたか? 受診していない 受診した

8) 今までにかかった病気や現在治療している疾患はありますか?

ある・ない

心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 脳疾患 糖尿病 高血圧 リウマチ 前立腺肥大 緑内障 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() お薬手帳 有・無
- 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? 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) 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
- 15) 介護認定を受けていますか? はい いいえ
- 16) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ
- 17) この1年間で、特定健診及び高齢者健診を受診しましたか? はい いいえ