

初めて当クリニックを受診される方へ

ふりがな _____ 受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
御名前 _____ 様 大/昭/平/令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 歳 男・女

住所 〒 _____ 連絡先電話 _____
/携帯番号： _____

★記入もしくは○で囲んでください 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 動きにくい 腫れている 変形
捻挫 やけど その他 ()

2 症状がある部位に○印を付けてください。→→→→→→

3 症状はいつ頃からですか？ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

4 考えられるきっかけはありますか？

- なし/わからない 工作中・運動中のケガ 交通事故 スポーツ

5 ケガ・交通事故の場合は日にちを記入してください。

(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

6 この症状で他院を受診しましたか？

- いいえ はい (受診先 _____)いつ頃でしたか？(_____)

7 今まで下記の病気にかかったり、治療を受けたことはありますか？

- 高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 肝機能障害 心疾患 悪性腫瘍 その他 (_____)

8 今までに手術や入院をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、いつ頃ですか？ (_____ 前 _____ 才頃)

9 今、お飲みになっている薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、薬の名前または、何の病気の薬かお解かりでしたら書いて下さい。
(_____)

10 今までに薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

(はい・いいえ)

<女性の方へ>

11 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

12 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

