

はじめて（久しぶりに）来院された患者さんへ

フリガナ 名前	(必須)	男・女	大・昭・平 年 月 日生
住所	〒	電話 携帯	自宅 ()

通勤途中や仕事中のケガでは健康保険が使えないことがあります。

症状のある部位は？できれば、図に もつけてください。

()

本日の症状は？

痛み、腫れ、しびれ、傷、動きにくい、しこり、その他

()

いつ頃からですか？ ()

原因やきっかけはありますか？

ない・ある

()

今回のことで、他の病院で治療を受けましたか？

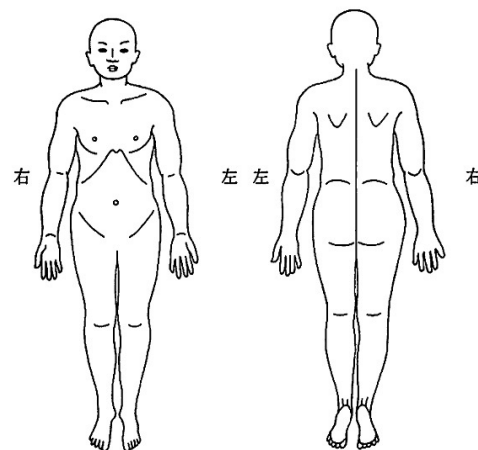
ない・ある 病医院名 ()

診断名 ()

一日のうちで、いつ症状が強いですか？

特に強い時間はない・朝・昼・夕・夜間

どんなときに、症状が強いですか？



何か要望があれば記入してください。

ご自身について記入してください

*身長 cm 体重 kg *利き腕は 右・左・両方

*仕事はしていますか？ いいえ・はい _____ (具体的に記入してください)

*スポーツはしていますか？ いいえ・はい _____

*食べ物・薬・注射のアレルギーは？ ない・ある

*貼り薬や塗り薬で、かぶれたことは？ ない・ある 貼り薬・塗り薬

*現在治療中、または過去に病気がありますか？

ない・ある 喘息、胃炎、胃潰瘍、高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病（B・C型肝炎）、腎臓病、脳疾患、肺疾患、不眠症、高脂血症、骨粗鬆症、その他 ()

*内服中の薬はありますか？

ない・ある お薬手帳を受付へ出してください。

*以前に手術を受けたことがありますか？

ない・ある _____ 昭和・平成 年 _____ 昭和・平成 年

*タバコは吸いますか？ いいえ・はい 本/日

*女性の方へ：現在妊娠されていますか？

いいえ・はい 妊娠 週、出産予定日 年 月 日