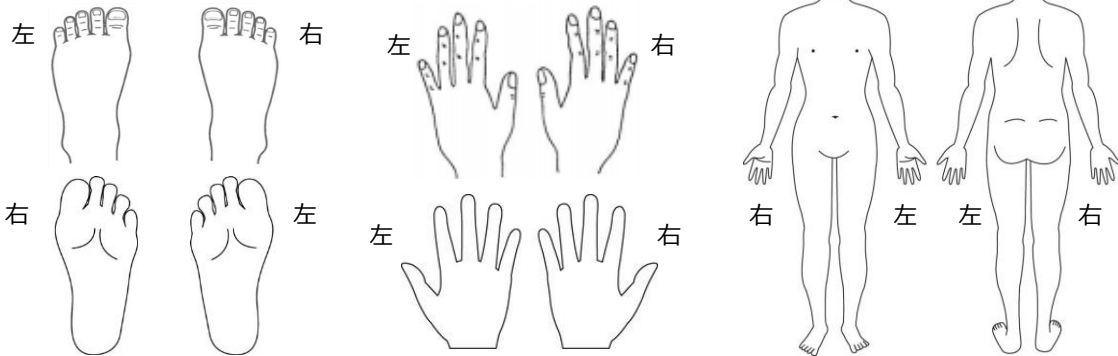


ID :

日付 :

ふりがな			性別 男・女	生年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (才)
お名前					
住 所	〒 - -				
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)				
小学生までの方	体重 () kg	要支援・要介護の認定を受けていますか		☐ はい ☐ いいえ	

当院を受診したきっかけは何ですか	☐ 紹介 (☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 知人) ☐ 広告 ☐ インターネット ☐ 前を通過して
どうなさいましたか	☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 変形 ☐ 動かない ☐ 感覚がにぶい ☐ 骨粗鬆症が気になる ☐ その他 ()

下の表に、今回の部位を○で囲んでください	
----------------------	---

考えられるきっかけは何ですか	☐ 交通事故 (自賠責保険の使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 未定) ☐ お仕事・通勤中 (労災保険の使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 未定) ☐ 学校 (スポーツ振興の使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 未定) ☐ その他 ()
----------------	---

恐れ入りますが後日の保険の変更や移行はできかねます ご了承ください	☐ はい ☐ いいえ
-----------------------------------	--

症状が生じた原因をご記入ください (痛み原因が分からない場合は『不明』とご記入ください)
--

いつからですか	☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ 令和 年 月 日 時頃
---------	--

今までにかかった病気はありますか	☐ 癌 ☐ 心疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ リウマチ ☐ 喘息 ☐ 認知症 ☐ その他 ()
------------------	---

現在、上記の病気で通院していますか	☐ いいえ ☐ はい (通院頻度 :)
-------------------	---

現在、飲んでいる薬はありますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)
-----------------	--

薬や注射のアレルギーはありますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)
------------------	--

貼り薬でかぶれますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)
------------	--

ペースメーカーの使用をしていますか	☐ いいえ ☐ はい
-------------------	--

妊娠中または授乳中ですか (女性のみ)	☐ 妊娠中 (週 日) ☐ 授乳中 ☐ いいえ ☐ わからない
---------------------	---

他の整形外科や接骨院との併用は行っておりませんか	☐ はい ☐ いいえ
--------------------------	--

ご記入お疲れさまでした。受付スタッフへお渡しく下さい。