

ふりがな			男 ・ 女	生年月日		
お名前				大・昭 平・令	年 月 日	才
ご住所	〒		介護保険利用の有無 (有) (無)			
身長	cm	体重	kg	体温	°C	

1) 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ①紹介(家族・友人・知人) ②新聞チラシなどの広告 ③インターネット ④前を通って

2) 本日の症状をご記入ください。

※ 右図の症状のある部位に○印を記入してください

3) いつからの症状ですか？

令和 年 月 日 ()

4) どのような症状ですか？ (出来るだけ詳しくお書き下さい。)

[] []

5) 原因・きっかけはありますか？

[] []

6) 本日の症状で労災を申請する予定はありますか？

はい・いいえ

※健康保険から労災の変更は致しかねます。

7) 現在の症状について治療を受けた事はありますか？

ない・ある (医療機関名 :)

8) 今までに受けた治療、または現在治療中の病気はありますか？

ある・ない [癌 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 腎臓疾患 ・ 肺疾患 ・ 前立腺疾患
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 痛風 ・ リウマチ ・ 喘息 ・ 不整脈 ・ 緑内障]

手術 (内容) () その他 ()

9) ペースメーカーをご使用していますか？

いいえ・はい [] 本日お持ちでない方 次回持参 作っていない

10) 現在、服用している薬はありますか？

※お薬手帳などをお持ちの方はお見せください。
ない・ある () アプリ手帳 の方は診察室で
ドクターにお見せください

11) 湿布や薬、食べ物でじんましんなどのアレルギー出た事はありますか？

ない・ある (薬剤名 :) (食材名 :)

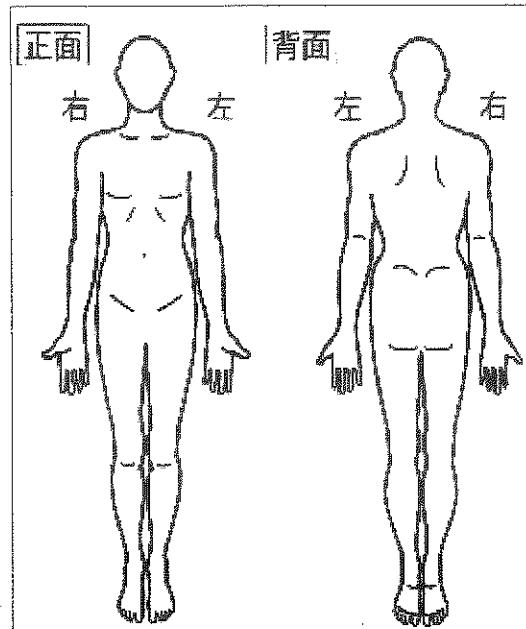
◇ (女性の方にお尋ねします) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠 : ケ月)

◇ 診察の説明は、簡略化したものを希望しますか？

[例: お急ぎの方、医師による画像所見のみ希望の方] (はい・いいえ)

※受付した順番が変わることはありません。



)

)

)

)