SBC整形外科クリニック　葛西院

令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	生　年　月　日
お名前			大・昭 平・令　　年　　月　　日　　才
			介護保険利用の有無　（　有　・　無　）
ご住所	〒		電　話
			携　帯
			緊急連絡先　（必須）　　続柄（　　）

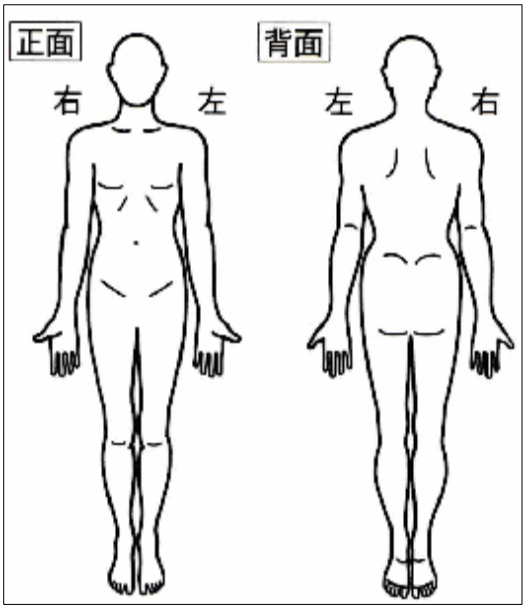
身長	cm	体重	kg	体温	℃

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インターネット　③前を通って　④トレーナー活動

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〇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　：　　ヶ月）

※当院のお支払い方法は現金のみとなっております。 ご了承ください。