

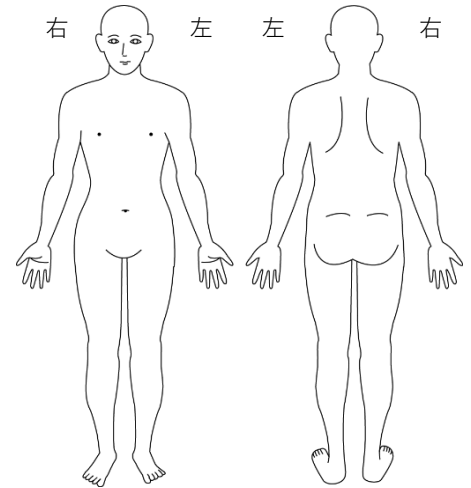
フリガナ					
名前	男・女	生年月日	(西暦)	年	月 日 歳
ご住所	〒 -			電話番号	() ()
				携帯電話	() ()
ご職業	事務・営業・力仕事・立ち仕事・主婦・学生(小・中・高・大)・無職・その他()				

1 どのような症状で来院されましたか。

痛い しびれる 腫れている その他()

2 症状のある部位に○を付け、具体的な部位を記載ください。 →

具体的な部位()



3 症状はいつごろからでていますか。

今日 ()日前から ()か月前から ()年前から

4 その症状が出るのに思い当たる原因がありますか。

()

※ 交通事故・労災の場合は左に○をつけてください。

5 どういうときに症状がありますか。

起床時 立っているとき 歩いているとき 寝ているとき その他()

6 他院でその症状の治療を受けたことがありますか。

ない・ある 時期(年 月 日) 治療内容() 施設()

7 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか。

ない・ある 時期(年 月 日) 病名/手術内容()

8 現在、次の病気で治療を受けていますか。(あてはまれば○をつけてください)

糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 胃潰瘍 緑内障 リウマチ 痛風

9 現在、服用している薬がありますか。

ない・ある 薬剤名()

10 薬や注射で異変が起こったことがありますか。

ない・ある 症状()

11 【女性の方へ】現在、妊娠している可能性はありますか。 ない・ある

12 【女性の方へ】現在、授乳中ですか。 いいえ・はい

13 当院を何で知りましたか。

インターネット 知人・ご家族からの紹介 看板 通りがかり その他()

☆紹介状・MRI画像・レントゲン画像・おくすり手帳などがありましたら、受付にご提出ください。