

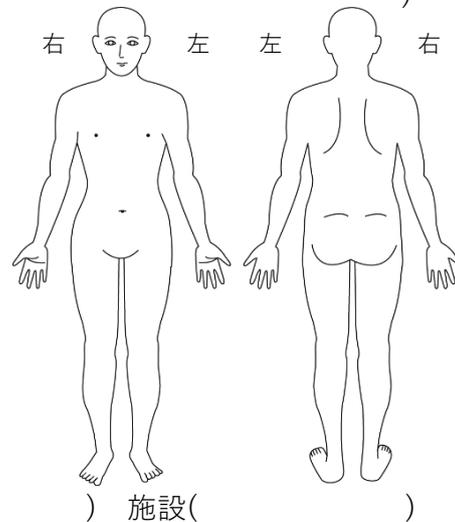
フリガナ						身長	cm
名前	男・女	生年月日	(西暦)	年 月 日 ( ) 歳	体重	kg	
ご住所	〒 -				電話番号	( )	
					携帯電話	( )	
ご職業	事務・営業・力仕事・立ち仕事・主婦・学生(小・中・高・大)・無職・その他( )						

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 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( )

6 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( )

7 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

8 現在、服用している薬がありますか。

ない・ある 薬剤名( )

9 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( )

10 健康保険適用の接骨院・整骨院へ通院していますか。 通院中 通院していない

11 介護認定を受けていますか。 ない・ある (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

12 【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

13 【女性の方へ】 現在、授乳中ですか。 いいえ・はい

14 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( )

15 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 同意する 同意しない マイナ保険証未保持

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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