



フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男・女	T H	S R	年 月 日 (歳)
住所			連絡先※すぐに連絡のとれる番号をご記入ください			
区			携帯番号: ()			
			自宅・他: ()			
身長	体重	職業	介護認定			
cm	kg		なし・あり (要支援・要介護)			

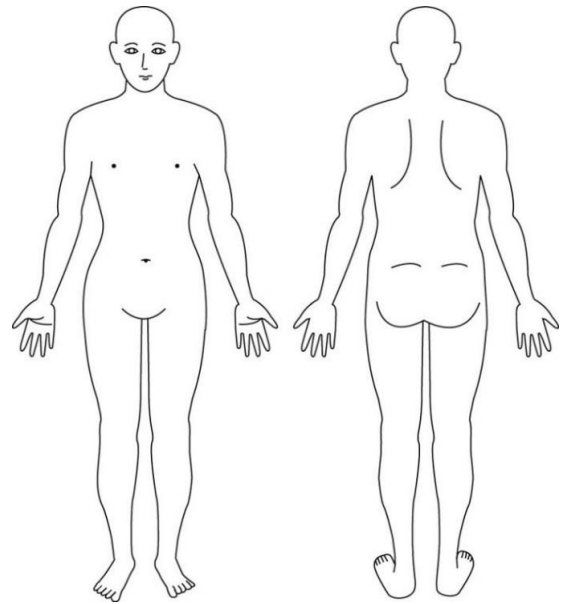
①いつごろから症状がありましたか？

から

症状のある部位に○をつけてください

②思い当たる原因はありますか？

交通事故 工作中 スポーツ
けが 特に原因なし
その他()



③今回の症状で、他の診療所・病院を受診されましたか？

いいえ
はい()

④現在、飲んでいるお薬はありますか？

はい いいえ

高血圧 糖尿病 心臓病(不整脈・狭心症・心筋こうそく・他)
脳こうそく・脳出血 ぜんそく 胃かいよう・胃炎・逆流性食道炎 腎臓病・透析中
肝臓病 高脂血症 花粉症 その他()

⑤お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

なし(不明) あり()

⑥手術を受けたことがありますか？

なし あり()

⑦(女性のみ) 妊娠中ですか？ もしくは授乳中ですか？

いいえ はい() 月 授乳中

⑧当院を何で知りましたか？

家族・知人の紹介 広告 ホームページ
その他()