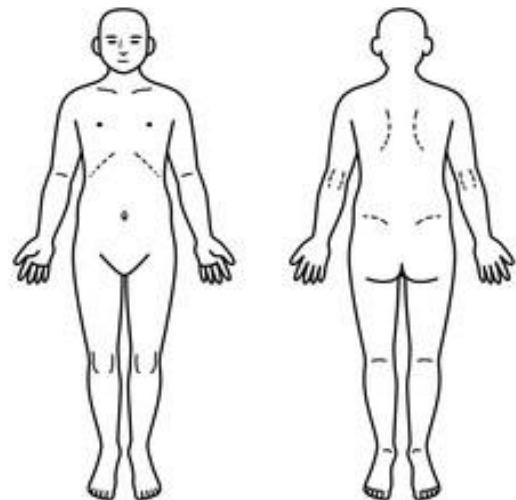


ふりがな		男 ・ 女	〒
氏名			ご住所
生年月日	西暦 年 月 日 (大昭平) 年 月 日	電話	
身長	cm	体重	kg
		携帯	

1. 今回の症状は、いつ頃からありますか？  
( )

2. きっかけや、原因に心当たりはありますか？  
特になし 交通事故 転倒 スポーツ 労働災害  
使いすぎ その他 ( )

3. 右図で症状のある箇所に印をつけてください。  
どのような症状ですか？



痛い (動かすと 動かなくても 朝 夜)  
しびれる (常に・時々・歩くと・冷えると)  
腫れている 傷がある 動かしぶらい つっぱる  
しこりがある その他 ( )

4. 今回の症状について他院で治療中または治療を受けたことがありますか？  
また、当院を受診した理由があれば教えてください

いいえ はい → よくならないから 詳しい検査希望 転居 仕事の関係 その他 ( )

5. 現在内服中の薬があれば、薬の名前 (抗凝固薬、胃薬、抗うつ薬は特に)、病院名を教えてください  
なし あり → ( )

6. 現在治療中または過去に治療した病気はありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 ピロリ菌除菌 (済 未 不明) 骨粗しょう症  
心臓病 (不整脈、狭心症、心筋梗塞) 呼吸器疾患 (気管支炎、肺炎など) 腎臓病 脳梗塞・出血  
リウマチ・膠原病 緑内障 精神疾患 悪性腫瘍 (癌) その他 ( )

7. 体内に医療器具は入っていますか？

ペースメーカー 脳動脈クリップ 人工関節 骨折用固定金具 心臓人工弁 その他 ( )

8. 薬 (局所麻酔薬を含む) や食べ物で、アレルギーやじんましんが出たことはありますか？

いいえ はい → どのような反応が起こりましたか ( )

9. 湿布薬でかぶれが出たことがありますか？

なし あり

10. 女性の方のみお答えください。妊娠中もしくはその可能性、また授乳中ですか？

いいえ はい 妊娠の可能性あり 授乳中

11. ご希望の検査・治療はありますか？

骨密度測定 リハビリレントゲンやエコー検査 MRI など精密検査 紹介状 薬のみ希望 関節注射  
ブロック注射 その他 ( )

12. 当院を何で知りましたか？

インターネット 前を通過 看板 広告 他院からの紹介 知人の勧め 以前通院していた  
ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。