

ふりがな		男 ・ 女	年齢	生年月日
お名前			歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 _____		目電 話 携電 話	(- -) (- -)

ご来院のきっかけ 紹介状 知人の紹介 () インターネット 看板広告 通りすがり

紹介状 あり なし 画像データ あり なし お薬手帳 あり なし

これまでかかった病気はありますか はい いいえ

ぜんそく 胃かいよう 痛風 B型肝炎 C型肝炎 結核 関節リウマチ
 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 脳出血 心臓病 ペースメーカー
 腎不全 (透析をしていますか はい いいえ) 悪性腫瘍 その他 ()

現在飲んでいる薬はありますか はい いいえ

痛み止め 胃薬 骨の薬 血液がサラサラになる薬 その他 ()

手術を受けたことはありますか はい いいえ

くび かた こし こかんせつ ひざ 骨折 () その他 ()

アレルギーはありますか はい いいえ

薬 () 食べ物 () その他 ()

歯医者で麻酔をして気分が悪くなったことがありますか はい いいえ

身長 体重	() cm	【女性のみ記入】現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	() kg	【女性のみ記入】現在授乳中ですか	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

今日はどうされましたか？	症状のあるところに印をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 傷・出血している <input type="checkbox"/> 打ぶく・ねんざ <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 曲がらない・伸びない <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> その他 ()	
思い当たる原因はありますか？	
<input type="checkbox"/> ころんだ <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 交通事故 (警察に届けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> 仕事中	
いつから症状がありますか？	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前・カ月前・年前 <input type="checkbox"/> わからない	
そのことでどこかで治療を受けましたか？	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名/接骨院名 ()	
受けたい検査・治療などありますか？ (ご希望に添えないこともありますのでご了承ください)	
<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> しっぷ <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 自費注射 <input type="checkbox"/> 総合病院への紹介状	