

※当てはまる場合は丸をつけてください。

(交通事故 ・ 労災) 初診時は自費診療となる場合がございます。

ふりがな

お名前 _____ 性別： 男 ・ 女 年齢 _____ 歳

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 _____ cm _____ kg

〒 (_____ - _____) 電話番号 (_____)

住所： _____

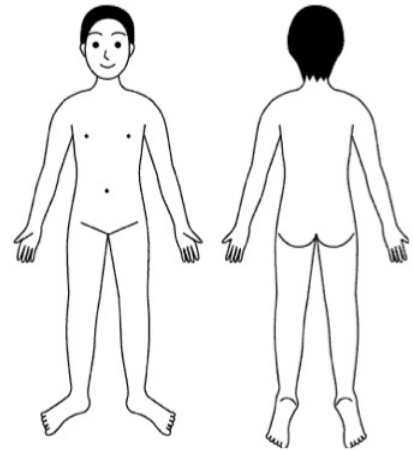
職業： 事務職・立ち仕事・力仕事・運転手・高所作業・主婦・学生・その他

現在妊娠の可能性： なし・あり

① 今日はどうされましたか？ お困りの場所に印をつけて下さい。

② いつ頃からお困りですか？

③ 原因はわかりますか？



※他の病院などで治療はうけられましたか？

④ 現在お薬を飲まれていますか？：いいえ・はい

- 糖尿病の薬 高血圧の薬 不整脈の薬
- 抗がん剤 リウマチの薬 ステロイド剤
- 肝臓病の薬 血液をさらさらにする薬
- 心療内科の薬 痛風の薬

・その他 以前飲まれていたお薬のことも分かればお書き下さい。

(_____)

⑤ 今までに大きな手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい (_____)

※ペースメーカーは入っていますか？ (いいえ・はい)

⑥ 喘息はありますか？ (いいえ・はい)

⑦ 薬、注射、歯医者さんの麻酔、食べ物などでじんましんや、気分が悪くなったことがありますか？
いいえ・はい (薬・注射・歯医者さんの麻酔・食べ物)

⑧ 血縁関係者に大きなご病気の方はおられますか？ 例・リウマチ、心筋梗塞、突然死

いいえ・はい (_____)

⑨ タバコは吸われますか？または吸っていたことはありますか？

いいえ・はい (_____ 年前から禁煙)

⑩ 介護保険証はお持ちでしょうか？

いいえ・はい：要介護 (_____) 要支援 (_____) ご記入ありがとうございました。