来院された方へ

（下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。）

平成　　年　　月　　日

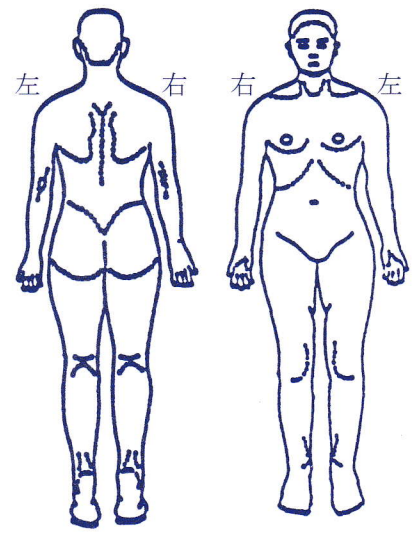
フリガナ お名前		男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日生
ご住所	〒	電話	携帯　（　　） 自宅　（　　）

（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

動きにくい　　その他（　　）

（2）症状のある部位を右の図で示して下さい →



（3）いつからですか？　なにをしてからですか？

（　　）　（　　）

（4）それについて治療をうけたことがありますか？

ない　　ある（　　）

（5）今までに病気をしましたか？

喘息	ない・ある	脳疾患	ない・ある
心臓病	ない・ある	糖尿病	ない・ある
肺疾患	ない・ある	高血圧症	ない・ある
肝臓病	ない・ある	高コレステロール	ない・ある
腎臓疾患	ない・ある	胃・十二指腸潰瘍	ない・ある
		その他（　　）	ない・ある

（6）現在，他の病気で通院していますか？　　していない　　している

（7）現在飲んでいる薬がありますか？　　ない　　ある（　　）

（8）注射や薬にアレルギーがありますか？　　ない　　ある（　　）

（9）女性の方に　現在妊娠している可能性はありますか？　　いいえ　　はい

現在授乳中ですか？　　いいえ　　はい

（10）介護保険の要支援又は，要介護認定を受けておられますか？　いいえ　　はい

（要支援・要介護）

※個人情報保護法に基づき氏名を呼ばれたくない方は申し出てください。