

(フリガナ)
 名前 _____ 男・女 _____ 歳 _____ 年 月 日生
 住所 〒 _____
 電話番号： _____ 携帯番号： _____

初診の方は下記の質問にお答え下さい。(記入もしくは○で囲んで下さい)

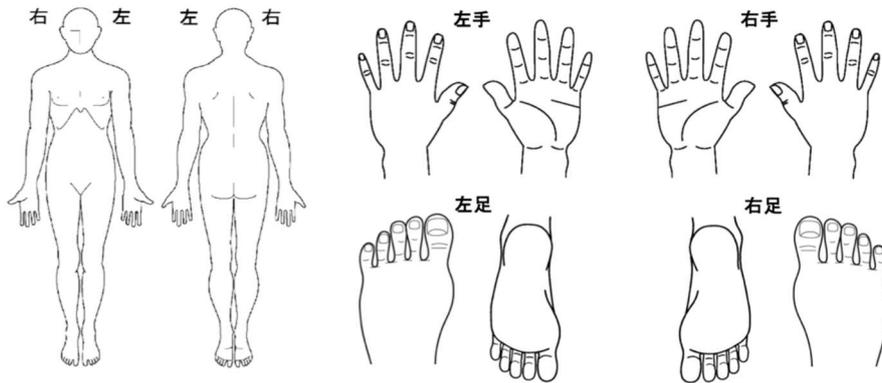
※本日の診察に関するもの(紹介状、画像、資料等)をお持ちの方は受付に提出して下さい。

#どのような症状で来院されましたか？

・どんな状態ですか？

痛い しびれる 腫れている 動きにくい その他()

・症状のある部位に印をつけて下さい。



・いつからですか？ _____

・何をしてからですか？ _____

・この症状で現在あるいは過去に治療を受けていますか？ いいえ はい

「はい」の方 どこで？ _____

病名 _____

#現在治療中または今までにかかった病気がありますか？ いいえ はい

「はい」の方 喘息 肺疾患 高血圧症 脳梗塞・脳出血
 痛風 腎臓病 リウマチ 胃・十二指腸潰瘍
 糖尿病 肝臓病 高脂血症 心筋梗塞・狭心症
 ガン() 婦人科疾患 ペースメーカーあり
 その他()

#現在飲んでいる薬がありますか？ いいえ はい()

※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい。

#アレルギー症状を起こしたことがありますか？ いいえ はい()

<女性の方へ>

#現在、妊娠していますか？ いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ はい

<介護保険被保険者へ>

#現在、要介護・要支援認定を受けていますか？ いいえ はい 申請中

「はい」の方 要介護() 要支援()

<アスリートの方へ>

#RTP/TPアスリート(ドーピング検査対象者)ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付に提出して下さい。

尚、匿名や番号での対応をご希望の方は、希望名または番号を記入して下さい。()