

フリガナ	
お名前	性別 男、女 身長 cm 体重 kg
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 年齢 才
ご住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	今日の体温 度 (熱のある方)
ご自宅電話番号	介護認定の有無 あり なし
携帯電話番号	ありの場合、介護度は要支援 (1, 2) 要介護 (1, 2, 3, 4, 5)

★どちらで当院をお知りになりましたか？ チェックをお願いいたします。

- 家族 友人・知人 電話帳 新聞・ちらし 国道沿いの看板 電柱の案内板 当院の前を通過して
 インターネット その他 ()

(1) どのような症状でお困りですか？

- 痛い しびれる 腫れる 動きにくい
 その他 ()

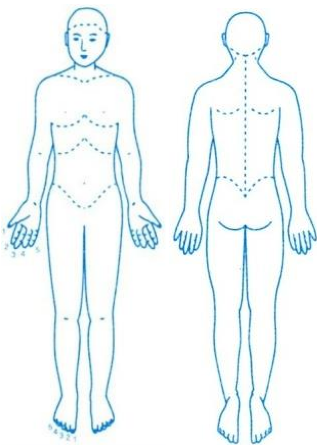
(2) 症状のきっかけ・原因は？

- 交通事故 仕事中 スポーツ 転倒
 その他 () 特に原因なし

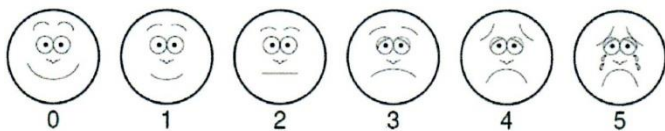
(3) いつからですか？

() 頃

(4) ▽具合の悪いところに○をつけて下さい。



(5) 痛みの程度を顔の表情で表すと？



(6) この症状で他の医療機関を受診されたことはありますか？

- はい () 病院)
 いいえ

(7) 次の病気と診断されたことはありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病
 肝炎 他の感染症 腎臓病 胃潰瘍
 喘息 リウマチ 痛風 骨粗鬆症
 悪性腫瘍 うつ病 その他 ()

(8) 大ケガや手術を受けたことはありますか？

- はい ()
 いいえ

(9) 体内にペースメーカーや金属はありますか？

- はい () いいえ

(10) 「お薬手帳」をお見せくださいませ。

現在服用中の薬はありますか？

- はい () いいえ

(11) 薬や食べ物でじんましんや気分が悪くなったことがありますか？

- はい () いいえ

(12) 飲酒、喫煙の有無は？

- 飲酒 (ビール、酒、他 ml/日)
 喫煙 (1日 本、年間)

(13) 女性の方へ

- 妊娠可能性がある 可能性はない
 授乳中

(14) 治療、検査のご希望はありますか？

- (希望:)
 薬 注射 リハビリ レントゲン
 エコー 骨密度 血液検査

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びいたしますので、もう少々お待ちください。