

フリガナ	〒			—
氏名	住所			
生年月日(西暦)	年	月	日	(歳) 職業
連絡先☎	自宅()	—		
	携帯()	—		
		身長	cm	体重 kg

※症状のある部位と左右に○をつけて下さい

【頭】【顔】【首】【左・右 鎖骨】【左・右 肩】【左・右 二の腕】【左・右 肘】【左・右 前腕】
 【左・右 手首】【左・右 手(掌・甲)】【左・右 手指(指)】【左・右 胸】【左・右 肋骨】【腰】
 【左・右 背中】【左・右 お尻】【左・右 股関節】【左・右 太腿】【左・右 膝】【左・右 脛】
 【左・右 脹脛】【左・右 アキレス腱】【左・右 足首】【左・右 足(裏・甲)】【左・右 足趾(趾)】
 【左・右 踵】【その他:]

- ◆交通事故はいつですか？(年 月 日)
- ◆事故の詳しい状況は？ 例：車対車で後方から衝突された
()
- ◆当院受診の前にどこか病院を受診しましたか？(はい・いいえ)
 はいの方、いつ→(年 月 日頃) 医療機関名→()
 検査内容は？(レントゲン・CT・MRI) 撮影した部位は？()
- ◆勤務中・通勤中の事故ですか？(はい・いいえ) → はいの方、労災は使用しますか？(はい・いいえ)
- ◆警察提出用診断書は希望されますか？(はい・いいえ)
- ◆現在、服用しているお薬はありますか？(はい・いいえ)
 はいの方、お薬手帳はお持ちですか？(はい・いいえ)
 お薬手帳をお忘れの方は服用薬の記入をお願い致します()
- ◆今までに大きな病気や手術をした事がありますか？(はい・いいえ)
 はいの方、いつ→(年 月 日頃) 医療機関名→()
 病名→()
- ◆ペースメーカー、人工関節等の手術をした事がありますか？(はい・いいえ)
- ◆アレルギーはありますか？(はい・いいえ)
 はいの方は何のアレルギーですか？()
- ◆女性の方へ 現在、妊娠の可能性が(ある・ない・不明)
 授乳中ですか？(はい・いいえ)
- ◆当院を受診したきっかけは？
 ご紹介(氏名) インターネット・看板・その他→()