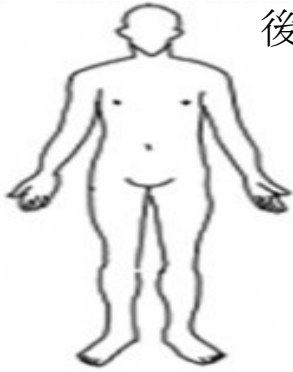


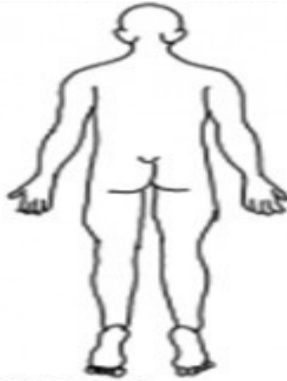
フリガナ			〒			
氏名		男・女	住所			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)	職業
連絡先	自宅 ()	—				
	携帯 ()	—	身長	cm	体重	kg

症状のある部位に○をつけて下さい。

前



後



左



右



いつ頃からですか(年 月 日頃)

思い当たる原因はありますか？(はい・いいえ)

はいの方は原因をご記入ください

・勤務中・通勤中の怪我ですか？(はい・いいえ)

→労災は使用しますか？(はい・いいえ)

・学校での怪我ですか(登下校含む)？(はい・いいえ)

→はいの方、学校の保険(スポーツ保険)は使用しますか？(はい・いいえ)

上記の症状で他医療機関・整骨院等受診されましたか？(はい・いいえ)

(行った方はいつ頃・どこの病院にどのような検査や治療をしたかご記入下さい)

現在通院中の医療機関はありますか？(はい・いいえ) ☆お薬手帳をご提示ください

病名() 病院名()

服用薬(手帳がない方のみ記入)

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？(はい・いいえ)

(年 月頃 病名 病院名)

ペースメーカー、人工関節などの手術をしていますか？(はい・いいえ)

薬や食べ物によるアレルギーはありますか？(はい・いいえ)

薬品名() 食べ物()

はり薬でかぶれやすい (はい・いいえ・わからない)

女性の方へ 現在、妊娠の可能性は (ある・ない・わからない)

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(お名前) 2.インターネット 3.看板 4.その他 ()

尚、当院は「個人情報に関する法令」を遵守し、患者様の情報を適切に取り扱います。