

お名前	ふりがな	年 齢	性 別	生 年 月 日
				歳
住 所	〒(-)		携帯:	
			自宅:	

① どのような症状がありますか？（複数回答可）

- ・痛い ・腫れている ・しびれる ・変形がある
- ・動かない ・傷がある ・その他 ()

③ 症状はいつ頃からですか？

()

④ 症状が出たきっかけは何ですか？

- ・転倒 ・ぶつけた ・ひねった ・はさんだ
- ・切った ・不明 ・その他 ()
- ・運動中 ・労災使用 ・学校でのケガ
- ・交通事故 (被害者 加害者) (事故日)

⑤ 仕事をされている方へ

- 職種 ()
- ・デスクワーク ・立ち仕事 ・重いものをよく持つ
 - ・中腰になる ・手をよく使う ・車や機械の運転をする

⑥ スポーツについて

- ・していない ・している (内容)

⑦ 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- ・いいえ ・はい 医療機関名 ()

⑧ 希望の検査や治療などありますか？（複数回答可）

- ・レントゲン ・リハビリ ・骨密度 (骨粗鬆症) ・飲み薬 ・湿布薬
- ・注射 ・往診 ・診断書 ・その他 ()

⑨ 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

- ・なし ・あり 高血圧 糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患 心疾患 ペースメーカー
- 胃潰瘍 脳卒中 その他 ()

⑩ 現在、他院で処方されている薬はありますか？

- ・なし ・あり ()

⑪ 薬・食べ物のアレルギーはありますか？

- ・なし ・あり ()

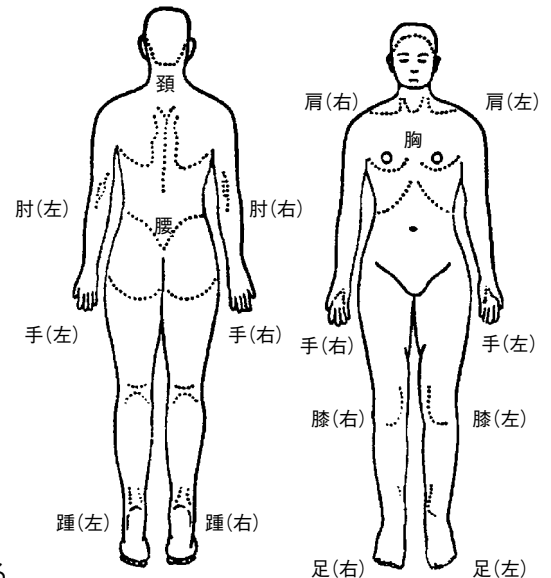
⑫ 女性の方へ

- 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ ・なし ・あり
授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

⑬ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ・家族や知人の紹介 ・近所に住んでいた ・以前通っていた ・広告、看板を見た
- ・ホームページ ・インターネット ・他の医療機関からの紹介 ・その他 ()

② 症状があるところに○を付けてください



頻度 ()