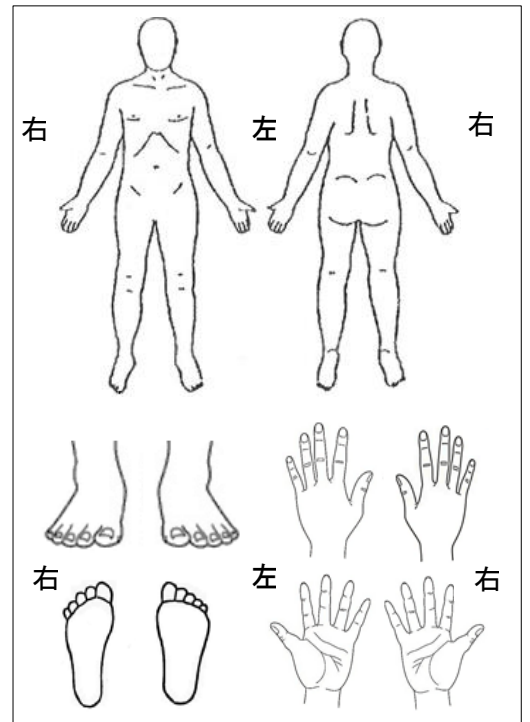


ふりがな						
患者氏名	様 男 ・ 女					
住所	〒 -					
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	※未成年の方は、保護者の携帯番号をお願いします※ ( )			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生	才	
職業	乳幼児	学生 ( 年生)	主婦	パート	自営	無職
保険	健康保険	・ 労災	・ 自賠責	・ 自費	・ その他( )	

**※緊急を要す場合以外は、原則として1回1部位の診察になります※**

1. どこが悪いですか？絵に○で印をつけてください。
2. どのような症状ですか？  
痛い しびれ 動かみにくい はれている  
キズがある 変形 その他( )
3. 症状(受傷日)はいつからですか？( )
4. きっかけ、原因は何ですか？  
不明 交通事故( 月 日) 労災事故( 月 日)  
その他 [ ]
5. この症状で他の医療機関で治療を受けていますか？  
いいえ はい→医療機関名( )  
 治療内容 お薬 注射 リハビリ 手術  
その他( )
6. 現在治療中の病気はありますか？ いいえ ・ はい  
ぜんそく 高血圧 糖尿病(ヘモグロビン値: )  
脳梗塞・出血 肝臓病 腎臓病 悪性腫瘍 心臓病  
その他( )
7. 病気やケガで手術を受けたことがありますか？  
いいえ はい→いつ 年 月 日  
 病名 ( )  
 手術名 ( )
8. 現在お薬を飲んでいますか？※お薬手帳 あり・なし・持参忘れ ・( サラサラ + ・ - ・ 不明 )  
いいえ はい( )
9. アレルギーはありますか？いいえ はい(薬: 食品: 他: )
10. スポーツはしていますか？いいえ はい( )
11. 女性の方へ  
 現在妊娠中ですか？ いいえ はい 不明 / 授乳中ですか？ いいえ はい
12. デイサービス、デイケア ご利用されていますか？ いいえ はい
13. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
紹介(知人・家族・病院・整骨院)ホームページ 看板広告 雑誌 車内広告 その他( )
14. 当院へはどのようにしてお越しになりましたか？ 徒歩 車 バス 地下鉄 その他( )



ご記入ありがとうございました。**お薬手帳をお持ちの方**は一緒に受付までご提出をお願いします