

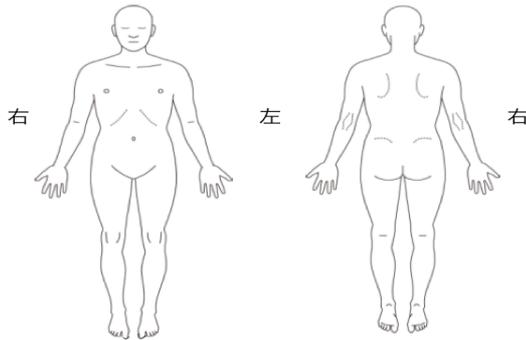


フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 ( )歳		
氏名		男・女	身長	cm	体重	kg
住所	〒	TEL				
		今取り組んでいる				
職業・学年		スポーツ		年		

1、当院に希望されることは、

 症状の治療（注射・お薬・リハビリ）
  精密検査
  証明書・診断書の発行
  セカンドオピニオン

2、症状のある部位はどこですか？



症状の強さは、どのくらいですか？（ /10 ）点

0（痛くない）～ 5（我慢できる）～ 10（最高に痛い）

3、どのような症状ですか

 痛い
        しびれている
        腫れている

 動かない（拳がらない・伸びない・曲がらない）

 その他（ ）

4、いつから症状がありますか？

（ ）頃から

5、きっかけは何ですか？

 特になし
        交通事故
        仕事・通勤中のけが

 けが（転倒、ぶつけた、ひねった、スポーツ）

具体的に（ ）

6、この症状について、今までに治療を受けたことがありますか？

 いいえ
        はい → 診断名：

施設名：

期間：

 治療内容： お薬（ ）
        注射
        リハビリ
        その他（ ）

7、現在内服している薬はありますか？

 ない
        ある → 薬手帳の持参
        あり
        なし → わかる範囲で（ ）

8、今までにかかったことのある病気、又は治療中の病気があれば、教えてください

 高血圧（ 歳）
        糖尿病（ 歳）
        喘息（ 歳）
        胃潰瘍（ 歳）

 心臓病（ 歳）
        脳梗塞・脳出血（ 歳）
        肝臓病（ 歳）
        腎臓病（ 歳）

 痛風（ 歳）
        がん（ 歳）
        その他（ ）

9、今までに手術を受けたことがありますか？

 なし
        はい → どのような手術；

いつ頃；

施設名；

10、薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある場合は、その内容を教えてください

 ない
        ある → 薬（ ）
       食べ物（ ）

11、女性の方のみお答えください

 妊娠中かどうか
        いいえ
        はい
        可能性がある

 授乳中ですか
        いいえ
        はい

いつ頃閉経されましたか？（ ）歳

・当クリニックを知ったきっかけを教えてください。（当てはまるもの全てにチェックしてください。）

 紹介（ ）
        インターネット（グーグル、ホームページ、その他）
        通りかかって
        その他

・骨粗鬆症の検査を希望されますか？

 はい
        いいえ
       ※当院では、40歳以上の方に骨密度検査を勧めています。

最後まで、ご記入ありがとうございました。受付窓口までご提出ください。