

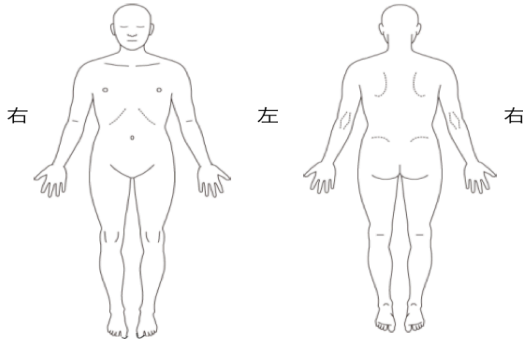


フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 () 歳		
氏名		男・女	身長	cm	体重	kg
住所	〒	TEL				
		今取り組んでいる				
職業・学年		スポーツ		年		

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。