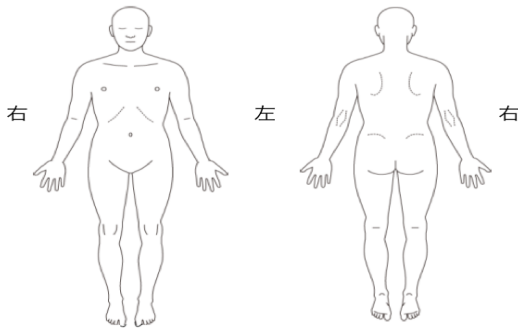




|          |          |      |             |    |    |
|----------|----------|------|-------------|----|----|
| フリガナ ( ) | 性別       | 生年月日 | 年 月 日 ( ) 歳 |    |    |
| 氏名       | 男・女      | 身長   | cm          | 体重 | kg |
| 住所 〒     | TEL      |      |             |    |    |
| 職業・学年    | 今取り組んでいる |  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

1、当院に希望されることは、治療(注射・お薬・リハビリ) 精密検査 証明書・診断書 セカンドオピニオン  
他院からの紹介状をお持ちですか? いいえ はい ※画像データ等のCDをお持ちの方は、受付までお知らせ下さい

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? ( ) 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?

- 特にない 交通事故 仕事中・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( 年前) 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

12、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、特に女性の方に骨密度検査を勧めています。

13、マイナ保険証による情報提供取得に同意されますか? いいえ はい

いいえの方 → この1年に特定健診もしくは高齢者検診を受診しましたか? いいえ はい

・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