

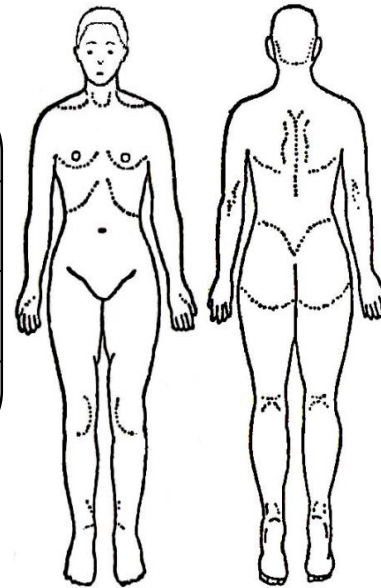
平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	歳
住所		電話番号	身長	体重
〒 —		() —	cm	kg

交通事故ですか？（はい・いいえ），工作中的ケガですか？（はい・いいえ）

1.いつから、どんな症状ですか？

いつから	月 日 ・ 1週間前 ・ 1ヵ月前 ・ 他()
どこが	右の絵に○をつけてください
症状	痛み ・ はれ ・ しびれ ・ 他()
原因	転倒 ・ 使いすぎ ・ 不明 ・ 他()



2.現在、他院で診察を受けたり、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ⇒ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 ・ 脳疾患 ・ 腎臓疾患
その他 ()

3.現在、お飲みのお薬はありますか？（お薬手帳お持ちの方はお出してください）

ない ・ ある ⇒ ()

4.今までに病気やケガで入院・手術をしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ ()

5.薬・注射・食べ物で副作用やアレルギーがありますか？

ない ・ ある ⇒ ()

6.女性の方へ

妊娠していない ・ 妊娠している(出産予定日 月 日) ・ わからない ・ 授乳中

7.今後、診察・検査など診療が必要な時期をお知らせするために、

はがき等を送付させて頂いてもよろしいですか？ (はい ・ いいえ)

8.ケガで来院された方へ

傷害保険・共済保険などを使用する予定はありますか？

(はい ・ いいえ ・ 不明)