

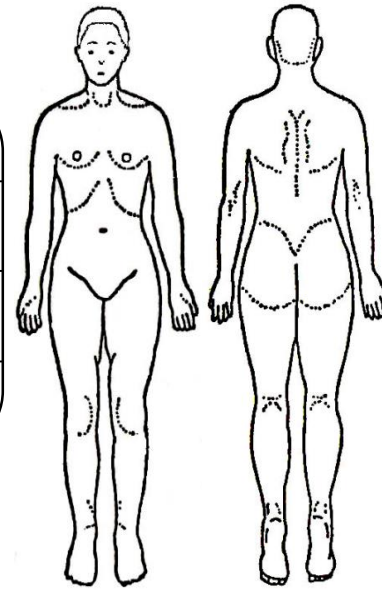
平成 年 月 日

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
〒 -		( ) -		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カ月前・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 )