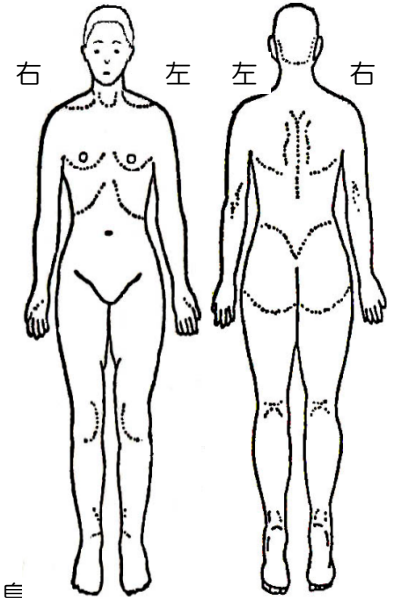


ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
住所		電話番号		身長
〒 -		( ) -		cm
				kg

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、どの様な症状ですか？

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	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 他( )
原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 使いすぎ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 他( )



2.現在、治療中の病気はありますか？

- 高血圧  糖尿病  心臓病  脳疾患  腎臓病  喘息  
 その他 ⇒ ( )

3.現在、飲んでいる薬はありますか？（薬手帳をお持ちの方はお出してください）

- はい ⇒ ( )  いいえ

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？

- はい ⇒ ( )  いいえ

5.薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- はい ⇒ ( )  いいえ

6.当院では症状改善のため、医師が必要と判断した場合リハビリテーションを推奨しています。希望されますか？

- はい  いいえ  医師と相談して決める

7.今後、検査など診察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いただいてもよろしいでしょうか？

- はい  いいえ

8.ケガで来院された方へ

傷害保険・共済保険等を使用する予定はありますか？

- はい  いいえ  不明

9.女性の方へ

- 妊娠していない  妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中

10.当院を何で知りましたか？

- 知人・家族の紹介  医療機関からの紹介  ホームページ  
 看板  自宅・職場に近い  その他 ( )