

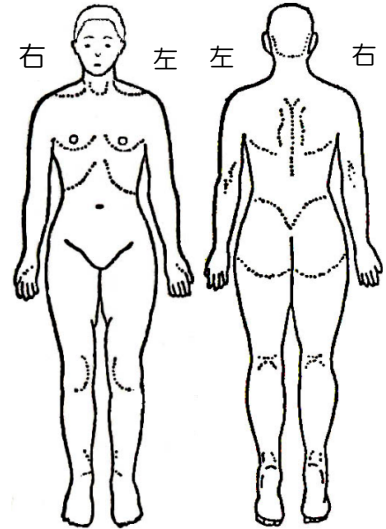
令和 年 月 日

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） 仕事中・通勤中のケガですか？（はい・いいえ）

1.いつから、どのような症状ですか？

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、治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ ⇒ 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 職場が近い ・ その他()