

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
〒 -		自宅 () -		cm
		携帯 () -		kg

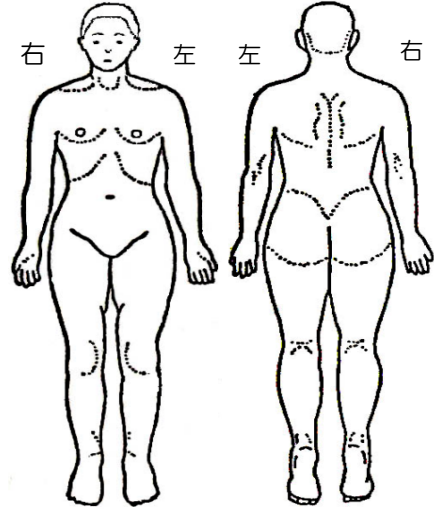
交通事故ですか？（はい・いいえ） 仕事中・通勤中のケガですか？（はい・いいえ）

1. 過去14日以内に、37.5℃以上の発熱、またはコロナウイルス陽性になった人と接触しましたか？

はい ・ いいえ

2. 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ヶ月前 ・ 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()



3. 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 ()

4. 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ください）

はい ⇒ () ・ いいえ

5. 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

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

はい ⇒ () ・ いいえ

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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 ()