

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
〒	—	携帯()	—	cm
		自宅()	—	Kg

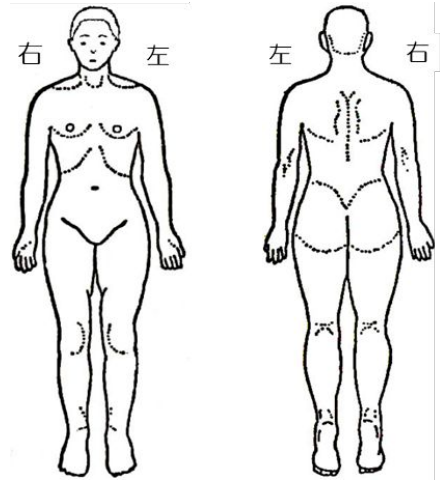
交通事故ですか？	はい・いいえ	工作中・通勤中のケガですか？	はい・いいえ
----------	--------	----------------	--------

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カ月前・他()
どこから	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【高血圧・糖尿病・心臓病・脳疾患・腎臓病・喘息・その他()】・ いいえ

4	現在、飲んでいる薬はありますか？(おくすり手帳をお持ちの方はお出してください)
---	---

はい() ・ いいえ

5	今までに病気やケガで入院・手術され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。
---	--

希望する ・ 希望しない ・ 医師と相談して決める

8	今後、当院からのお知らせ(検査・診察・ワクチン情報等)をショートメール・はがきで送っ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