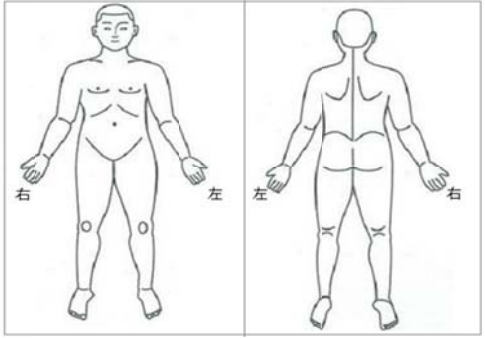


ふりがな				男・女	
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 ー			身長( ) cm)	
				体重( ) Kg)	
電話	自宅	( )	ー	携帯	ー

★診療に関わるようになります。わかる範囲で記入してください。

<p>① 本日はどのような症状で来院されましたか？</p> <p>・ ( )</p> <p>・いつから( )頃から</p> <p>・仕事上の怪我 交通事故の怪我</p> <p>・職業( )</p> <p>・スポーツ歴( )( )年</p> <p>・骨折歴 有・無 部位( )</p>	<p>※人体図に○印などでご記入ください。</p> 
<p>・同様の症状で、他の医療機関を受診されたことがありますか？</p> <p>医療機関名( ) 病名( )</p>	はい・いいえ
<p>② これまでに次の病気を指摘されたことはありますか？</p> <p>* はいと答えた方は○をしてください</p> <p>高血圧症 糖尿病 高脂血症 ぜんそく アレルギー 脳卒中 肝臓病</p> <p>腎臓病 心臓病 腫瘍 狭心症または心筋梗塞 肺結核 癌 膠原病</p> <p>不整脈 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ その他( )</p>	はい・いいえ
<p>③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？</p> <p>医療機関名( ) 病名( )</p>	はい・いいえ
<p>④ 現在、内服している薬があれば記入してください。</p> <p>* 薬剤情報提供書やお薬手帳をお持ちの方は提示してください</p> <p>( )</p> <p>現在、サプリメントを内服している方は記入してください。( )</p>	
<p>⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？</p> <p>いつ頃( ) 病名( )</p>	はい・いいえ
<p>⑥ 家族の方で次の病気を指摘された方はいらっしゃいますか？</p> <p>* はいと答えた方は○をしてください</p> <p>高血圧症 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ</p> <p>骨折 部位( 腰・手関節・大腿骨・その他 )</p>	はい・いいえ
<p>⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？</p> <p>どのような薬( ) どんな症状( )</p>	はい・いいえ
<p>⑧ 今までに輸血を受けたことがありますか？ いつ頃( )</p>	はい・いいえ
<p>⑨ たばこは吸いますか？ 1日( )本</p>	はい・いいえ
<p>⑩ アルコールは飲まれますか？</p> <p>なにを( ) どれくらい( )</p>	はい・いいえ
<p>⑪ 女性の方へお聞きいたします</p> <p>・妊娠の可能性はありますか？</p> <p>・最終月経( 月 日頃)</p> <p>・閉経されている方 閉経( 歳)</p>	はい・いいえ
<p>⑫ 当院への来院されたきっかけを教えてください 1、口コミ 2、特になし 3、HP等広告 4、紹介</p>	