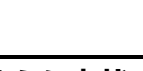
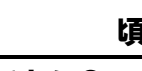
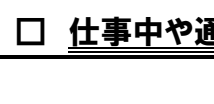


はじめて受診される患者様へ

フリガナ		性別	生年月日		仕事
名前		男・女	大・昭・平・令	年 月 日	
住所	〒			携帯電話	

1. いつからですか？ 頃から	2. 発症原因に心当たりはありますか？ ☐ 特になし ☐ スポーツ ☐ 転倒 ☐ ぶつけた ☐ ひねった ☐ <u>交通事故</u> ☐ <u>仕事中や通勤中の怪我(労災)</u>
3. どのような症状ですか？ ☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れている ☐ その他（ ）	
4. 症状のある部位はどこですか？絵に○をつけてください。(最大2ヶ所まで) 左手  右手   左足  右足  右  左 右	

- ◎ この症状で治療を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
はいにチェックされた方 → (病院名 :)
紹介状→☐ あり ☐ なし ※紹介状、CD-ROM、お薬手帳をお持ちの方、受付手続きの際にご提出ください
CD-ROM(画像データ) →☐ あり ☐ なし
現在、内服している薬はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
内服している薬 ()
◎ 今までに下記の病気、その他の入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか？
☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病(ペースメーカー あり・なし) ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病
☐ 前立腺肥大 ☐ 痛風 ☐ 緑内障 ☐ その他 ()
◎ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
薬 : ☐ はい ☐ いいえ 薬剤名 : 症状 :
食べ物 : ☐ はい ☐ いいえ 食べ物名 : 症状 :
◎ 現在デイサービスを利用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
◎ 女性の方のみお答えください。
※妊娠中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ (妊娠 週目) ☐ 可能性がある
※授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
◎ 当院をどのようにお知りになりましたか？
☐ ご家族・ご友人の紹介 ☐ 他院の紹介 ☐ インターネット検索(Google など) ☐ 当院ホームページ
☐ SNS (Instagram など) ☐ 看板 ☐ その他 ()