

# 初診の患者さんへ

年 月 日

ふりがな

氏 名

性別 男 ・ 女

生年月日

明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令

年

月

日

才

ふりがな 〒

住 所：

電話：

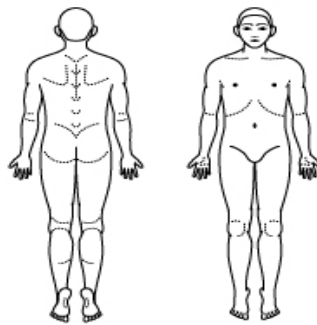
携帯：

1. いつからですか？

職業 ( )

( )

2. 部位はどこですか。右下図に○印をつけて下さい。



3. どうされましたか？

- ① 痛 い      ② はれている      ③ しびれる      ④ 動きにくい  
⑤ 変形している      ⑥ つめたい      ⑦ その他

4. どのようにして起こりましたか？

- ① わからない (理由もなく起こった)      ② 打った      ③ ねじった  
④ 労災事故 事故日：令和 年 月 日  
⑤ 交通事故 事故日：令和 年 月 日  
⑥ その他 ( )

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

ない      ある (病名： )

6. 今までに薬などでアレルギーをおこした事がありますか？

ない      ある ( )

7. 既往歴 (あてはまるものに○を記入ください)

高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 その他 ( )

8. ワーファリンなど、血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？

ない      ある

9. その他、現在服用中の薬がありますか？

ない      ある (内容： )

10. 女性の方へ：現在妊娠されていますか？

いいえ      はい ( 週目)

11. 身長 ( cm)      体重 ( kg)

☆ 当医院をどこでお知りになりましたか？ ( )