



ふりがな				戸籍上の性別	生年月日				
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S・H・R	年	月	日	(歳)
住所	〒			電話番号	自宅	-		-	
					携帯	-		-	
身長	cm	体重	kg	職業			介護認定	なし・あり(要支援12、要介護1 2 3 4 5)	

お薬手帳・他院からの診療情報提供書・画像データ・参考資料をお持ちの方はあらかじめ受付にご提出ください。

1. 本日はどうされましたか？

- 痛み 腫れ しびれ 動かない こわばり
- 感覚が鈍い しこり 歩行困難 骨粗鬆症が気になる
- その他 ()

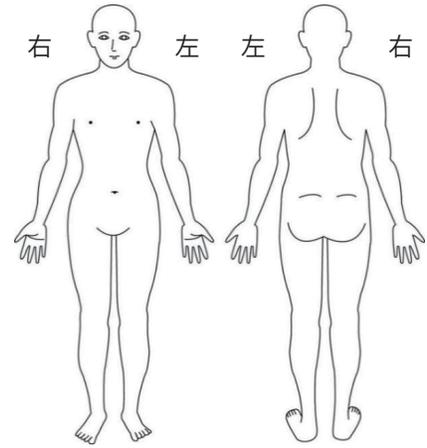
2. 今回の症状で他の病院を受診されましたか？

- はい (名称: 紹介状: 有・無)
- いいえ

3. 症状の原因を教えてください。

- けが (通勤もしくは仕事のもの)
- けが (スポーツ・転倒・その他) 交通事故 わからない
- その他 ()

4. 症状のある部位に○をつけてください。



5. いつからの症状ですか？

- 本日 昨日 ()

6. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気はございますか？

- 特になし
- 糖尿病 脳梗塞 高血圧 喘息 胃潰瘍 アトピー性皮膚炎 緑内障 肝疾患 不整脈
- 腎疾患 痛風 前立腺肥大 その他 ()

- アレルギー (薬: 食物: その他:)

- ※その他大きな病気・手術の経験はありますか？ ない ある
- 病名・治療内容 ()

7. 現在服用中のお薬はありますか？

- いいえ あり (お薬手帳: 有・無 薬の名称:)

8. 女性の方へ 現在妊娠・授乳中ですか？

- 妊娠中 (週) 授乳中 可能性あり いいえ

9. 担当医師が必要と判断した場合、リハビリテーションをご希望されますか？

- はい いいえ わからない

10. 本日は何をご覧になって当院へご来院いただきましたか？

- 当院ホームページ インターネット検索 (口コミ) 知人・家族等の紹介 (口コミ) チラシ 看板
- 通りがかり 住まい・職場が近い インターネット新聞 その他 ()