

〒

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

(カナ)

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 大・昭・平 年 月 日

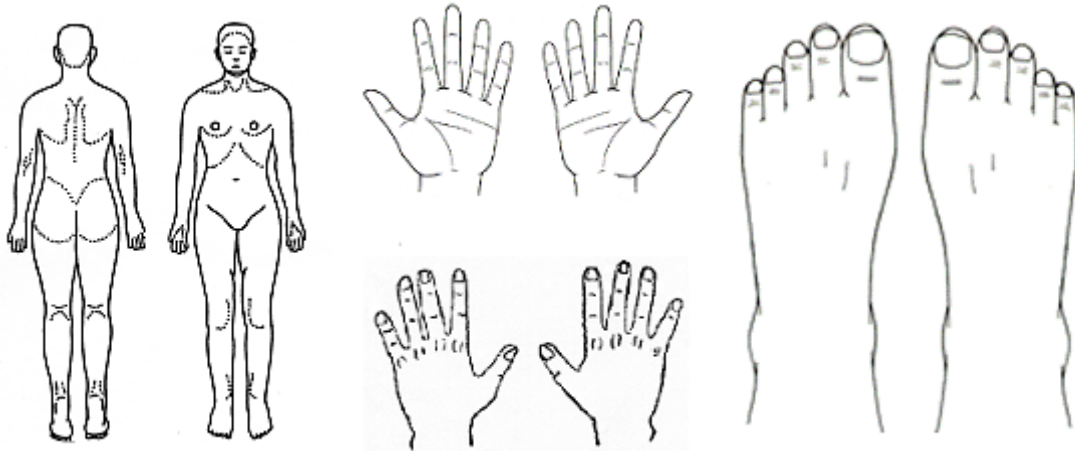
仕事内容(立ち仕事、事務、力仕事、運転手、主婦、学生、無職、その他 \_\_\_\_\_)

定期的に行っているスポーツ あり ( ) なし

★女性の方へ 現在、妊娠している(妊娠 週)、していない、わからない

◎あなたは要介護の認定を受けてますか? はい(要介護 ) いいえ

1. 今日診察を希望されるところと症状をかんとんにお書き下さい。  
また具合が悪いところを○で囲んで下さい。



2. その症状はいつ頃からですか?  
\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_週間前から \_\_\_\_\_ヶ月前から \_\_\_\_\_年前から
3. 原因がありましたら○印をつけて下さい。(労災・自賠責をご利用の方はお申し出下さい)  
ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った その他 ( ) 不明  
交通事故 あなたは(車、バイク、自転車、歩行者)  
相手は (車、バイク、自転車、歩行者、なし)
4. 今までそのために治療を受けたことがありますか?  
ある (いつ \_\_\_\_\_) (どこで \_\_\_\_\_)  
飲み薬 シップ ぬり薬 注射 リハビリ その他(\_\_\_\_\_)
5. その他に今まで治療、あるいは現在治療中のご病気、おけがについてお書き下さい。  
高血圧 糖尿病 喘息 その他 ( )  
どちらの病院の何科で ( )  
薬の名前 ( )  
手術 (いつ \_\_\_\_\_) (どちらで \_\_\_\_\_) 透析中
6. 今までに薬を飲んで、具合が悪くなったことがあったらお書き下さい。  
\_\_\_\_\_
7. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか?  
ホームページ 雑誌等 病院の紹介 知人の紹介 その他 ( )
8. その他、医師にお知らせしておきたいことがあったらお書き下さい。  
\_\_\_\_\_