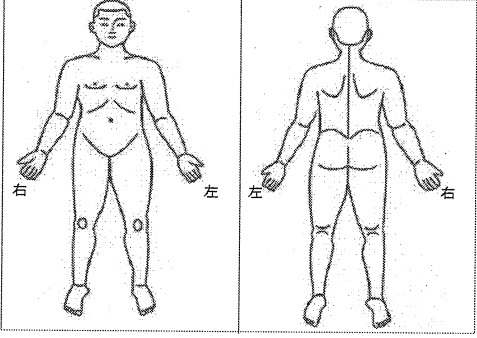


ふりがな				男・女 様	
氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	〒 ー			身長() cm)	
				体重() Kg)	
電話	自宅	() ー	携帯	ー	ー

★診療に関わることとなります。わかる範囲で記入してください。

① 本日はどのような症状で来院されましたか？ ※人体図に○印などでご記入ください。 	
・いつから()頃から ・仕事上の怪我 交通事故の怪我 ・職業() ・スポーツ歴()()年 ・骨折歴 有・無 部位()	
・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？ 医療機関名() 病名()	はい・いいえ
② これまでに次の病気を指摘されたことはありますか？ * はいと答えた方は○をしてください 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 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 不整脈 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ その他()	はい・いいえ
③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？ 医療機関名() 病名()	はい・いいえ
④ 現在、内服している薬があれば記入してください。 * 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 () 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。()	
⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？ いつ頃() 病名()	はい・いいえ
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？ * はいと答えた方は○をしてください 高血圧症 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ 骨折 部位(腰・手関節・大腿骨・その他)	はい・いいえ
⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ どのような薬() どんな症状()	はい・いいえ
⑧ 今までに輸血を受けたことがありますか？ いつ頃()	はい・いいえ
⑨ たばこは吸いますか？ 1日()本	はい・いいえ
⑩ アルコールは飲まれますか？ なにを() どれくらい()	はい・いいえ
⑪ 女性の方へお聞きいたします ・妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ
⑫ 最終月経(月 日頃) ・閉経されている方 閉経(歳)	
⑬ 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、HP 等広告 3、紹介 4、その他(近所・通院歴あり)	