

フリガナ		性 別	年 齢
お名前		男 ・ 女	才
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	自宅	
住 所	〒	携帯	
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・学生・その他 ()		
スポーツ歴	野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バレーボール・バドミントン・卓球・マラソン・その他 ()		

※患者様よりご提供いただいた個人情報は当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

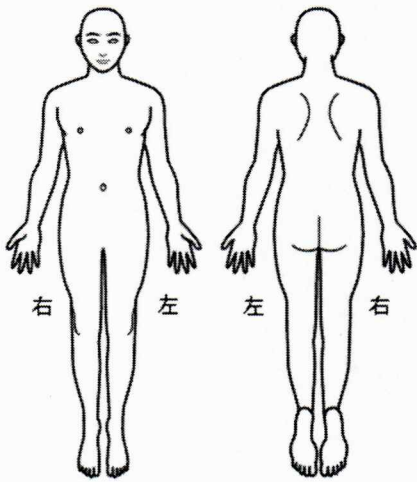
身長： _____ c m 体重： _____ k g

※交通事故、仕事中でのケガの場合は受付へお申し出ください。

1. どのような症状で来院されましたか？

- ☐ 痛い
- ☐ しびれる
- ☐ 腫れている
- ☐ 動きが悪い
- ☐ その他 ()

2. 具合の悪いところに○印をつけてください



3. 症状が出たのはいつ頃からで原因と思われることはありますか？

(年 月 日から 原因：)

4. 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい (病院名)

5. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気

- ☐ 特になし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ ぜんそく ☐ 胃潰瘍 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病
- ☐ リウマチ ☐ 脳梗塞 ☐ 痛風 ☐ 肝炎 ☐ その他 ()

6. 手術歴がありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい (病名、手術内容：)

7. 薬のアレルギーはありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい (薬の名前：)

8. 女性の方へ

- 妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい
- 現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

9. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- ☐ ホームページ ☐ 電柱広告 ☐ パンフレット ☐ バス車内広告
- ☐ その他 ()

10. 介護保険をお持ちの方へ

- 介護の認定区分は？ 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 介護保険サービスを利用されていますか？ ☐ いいえ ☐ はい

