

R / /

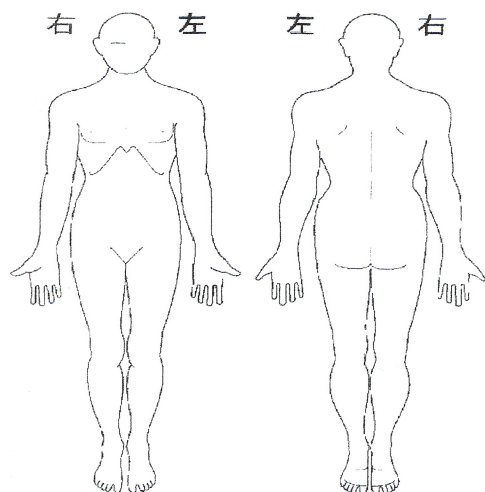
ID

フリガナ				男・女	生年月日	大・昭 平・令		年 月 日
名前								
住所	〒 -					職業 スポーツ		
電話番号	()			携帯電話	()			

1. どのような症状で来院されましたか？

痛み しびれ 腫れ その他()

2. 症状のある部位に○をつけてください



3. 症状はいつごろからでていますか？

4. 思いあたる原因はありますか？

5. 痛みはどのような時におきますか？

6. その症状の治療を他院で受けたことはありますか？

ない・ある 時期(年 月 日) 治療内容() 施設名()

7. その症状に関して疑問や気になることはありますか？

8. いままでに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

ない・ある 時期(年 月 日) 病名・手術内容()

9. 現在、次の病気で治療を受けていますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 消化器疾患 その他()

10. 現在、服用している薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください）

ない・ある 薬剤名()

11. 薬・注射等で異変が起こったことやアレルギーはありますか？

ない・ある お薬() 食物()

女性の方へ

・妊娠している可能性は？ あり・なし ・授乳中ですか？ はい・いいえ

当院を訪れたきっかけは何ですか？

口コミ

通りすがり

HP等広告