

はじめて受診される方へ

患者ID

記入年月日 平成

年

月

日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
氏名							
住所	〒 電話 ()						

下記事項にお答え下さい。

1. 今日はどうされましたか？

()

・部位はどこですか？下の図に○を付けて下さい



2. いつ頃から具合が悪くなりましたか？

体温()℃

()

3. 思い当たる原因はありますか？

・交通事故 ・仕事中 ・その他

4. 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けた方は病院名と治療内容を教えて下さい

・病院名() ・治療内容() ・なし

5. 今までにかかった病気、けが、手術、入院はありますか？

ない ・ ある()

6. どんな治療を希望されますか？

- ア. 病気の説明と生活上のアドバイスをして欲しい。
- イ. 痛みが強いの薬やリハビリをして欲しい。
- ウ. 痛みが強くて困っているので注射をしても痛みを止めて欲しい。

7. 現在治療中の病気はありますか？ 現在飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある()

8. 薬や注射で調子が悪くなったり、皮膚に湿疹ができたことがありますか？

ない ・ ある()

9. 薬や食べ物のアレルギーがありますか？ 又は喘息はありますか？

ない ・ ある()

10. 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？

いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠中 週 ・ 妊娠の可能性はある

11. 当院にかかれた事がありますか？

ない ・ ある

ありがとうございました。記入事項に誤りがなければ、ご署名をお願い致します。

本人または保護者

署名