

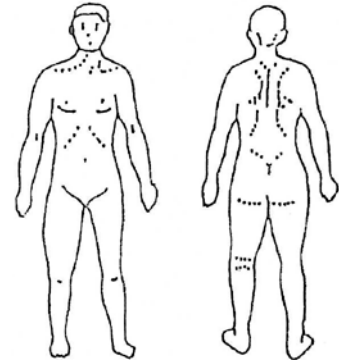
フリガナ			男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生		
氏 名	様			(歳)		
住 所	(〒 -)					
電話番号	自宅	() -	携帯	() -		
身長	cm			体重	kg	

☆ 診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします ☆

1. 本日はどのような症状で受診されましたか。

① 症状 (痛い ・ しびれ ・ 腫れている ・ 変形している)
その他 ()

② 異常のある場所に○で印を入れて下さい。



③ いつから症状が出ましたか。 () から

④ 原因として思い当たる事がありますか。 (はい ・ いいえ)

・交通事故 ・ 仕事 (労災診療 : あり ・ なし)
例) 転んで膝を打った ()

⑤ どんな時に症状がありますか。

動かしたとき ・ 体重をかけた時 ・ 歩く時 ・ 動かさなくても ・ その他 ()

⑥ 現在、運動やスポーツをしていますか。又は過去にしていましたか。 (はい ・ いいえ)

はいと答えられた方はご記入下さい。例) 7歳~25歳まで野球、現在草野球を月1回
運動・スポーツ ()

⑦ 仕事はされていますか。 (はい ・ いいえ)

はいの場合 (デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ その他 ())

2. 今までに大きな手術・病気、現在治療を続けている病気がありますか。 (はい ・ いいえ)

どのような手術ですか ()
病名 ()

3. 現在服用している薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

服用している薬の名前
(わかる範囲でご記入ください :)

4. 今までに食べ物や薬・注射で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか？

(はい ・ いいえ) (食べ物 : 薬の名前 : その他 :)

5. 女性の方にお聞きいたします。現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？

ある (____ヶ月) ・ ない ・ わからない ・ 現在授乳中

6. 当院を何で知りましたか？

看板 ・ チラシ ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・ その他 () ・ なし