

受診日：令和 年 月 日

ID：

氏 名	フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和			年	月	日	才
			携帯電話	— —		15才未満の方のみ 体重				
住 所	〒 —		自宅電話	— —		kg				
	※介護認定（有・無） ※通所、訪問リハの利用（有・無）									

## 1 いつからですか？

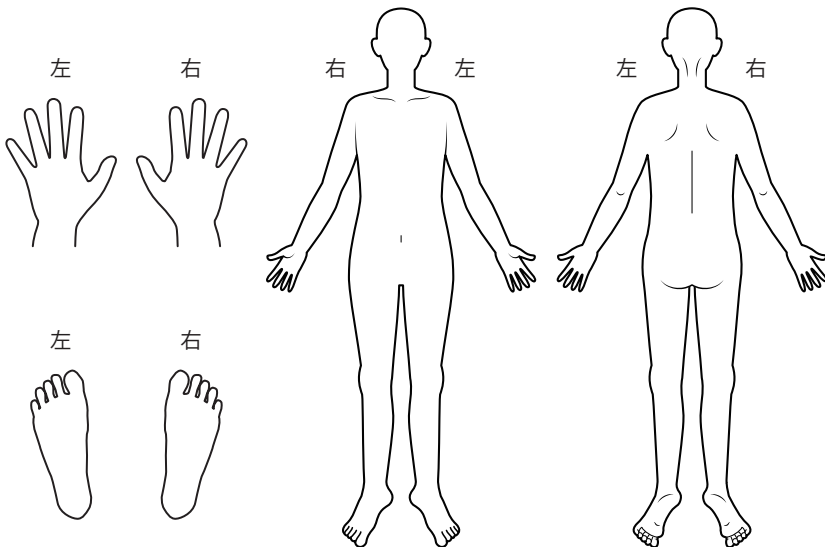
今日 ・ 昨日

（ 年 月 日頃）

## どんな症状がありますか？

痛い ・ しびれる ・ 重い ・ こる  
つっぱる ・ 腫れている ・ 熱がある  
切れている ・ 違和感 ・ ふらつく  
その他（ ）

〈具合の悪いところに○をつけてください〉



## 2 原因はありますか？

特に原因なし ・ 仕事や通勤中のけが  
けが ・ スポーツ（種類 ）  
転倒 ・ 交通事故 ・ 労災  
その他（ ）

## 3 今回の病状で他の病院の治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある

病院名（ ） 治療内容（ ）

## 4 ご希望される具体的な診療内容がありましたらご記入ください。

検査 ・ お薬 ・ 注射 ・ 理学療法士による治療 ・ リハビリ機械による治療 ・ その他（ ）

## 5 現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳は受付にご提出ください）

ない ・ ある（お薬手帳 ない ・ ある）（薬名 ）

血液サラサラの薬を飲んでいますか？（はい ・ いいえ）

## 6 今までにかかった病気、けが、手術はありますか？

特になし ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息  
ペースメーカー ・ 人工透析 ・ その他（ ）

## 7 薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？

ない ・ ある（食品、薬剤名 ）

## 8 40歳以上の方にお聞きします。

当院では骨粗しょう症の検査・治療にも力をいれています。骨粗しょう症の検査を希望されますか？

検査を希望します ・ 希望しません

## 9 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？

ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中（ ）週 ・ わからない

