

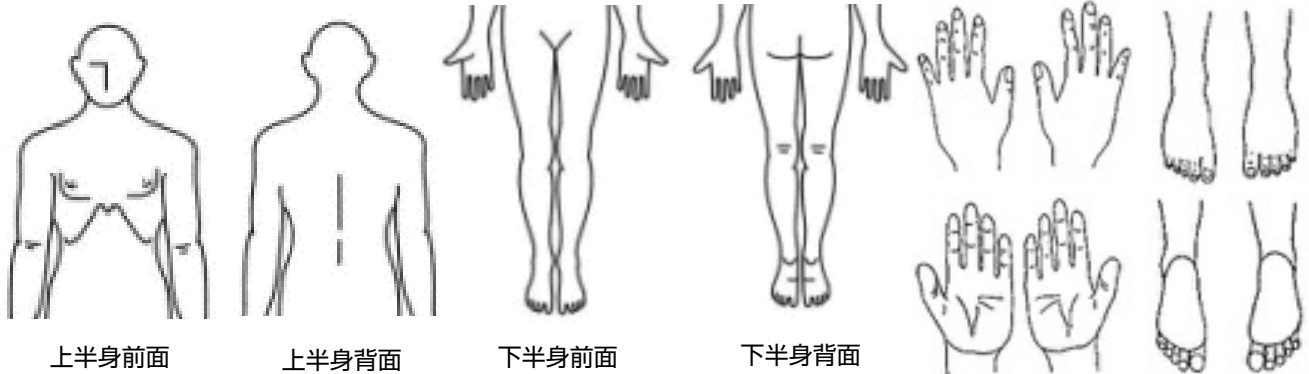
フリガナ					
氏名	様	男・女	電話	() -	
住所	〒 -		生年月日	明 大 年 月 日 才 昭 平	

よろしければ、当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

- 1.自宅か職場に近い
- 2.ホームページを見て
- 3.ご紹介/口コミ () から
- 4.広告を見て
- 5.看板を見て (看板の場所…①大庭町 あおぞら八重垣前交差点 ②山代町 ホック前交差点 ③忌部町 県道24号線 ④玉湯町 布志名郵便局前 ⑤上乃木 くにびき道路丸亀製麺前交差点 ⑥幸町 国道9号線と光電気前 ⑦西尾町 だんだん道路西尾IC)

1) 今日どのような症状で受診されましたか? (症状がある部分に○を付けてください)

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きにくい・その他 ()



(お怪我の方)

- ・お工作中的の怪我ですか? (はい ・ いいえ)
- ・交通事故での怪我ですか? (はい ・ いいえ)
- ・それ以外 ()

2) その症状はいつ頃から始まりましたか?

月 日から / 日 ・ 月 ・ 年前から / 年 月 頃から

3) 思い当たるきっかけはありますか?

4) 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか?

いいえ ・ はい よろしければ医療機関名、治療内容を教えてください ()

5) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか?

ない・高血圧・心臓病(狭心症・不整脈など)・糖尿病・脳梗塞・腎臓病・喘息・胃潰瘍・肝臓病 その他()

6) 今までに手術を受けられたことがありますか?

ない ・ ある →何の手術ですか?()

7) 血をさらさらにする薬を飲んでいますか?

いいえ ・ はい

その他に、現在服用している薬はありますか?

いいえ ・ はい →薬名() *お薬手帳をご持参していただければ薬名の記入は不要です。

8) 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

なし ・ あり →()

9) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠中ですか? あるいは妊娠の可能性はありますか?

ない ・ ある ・ 授乳中

10) 希望される検査・治療はありますか?

ない ・ レントゲン ・ 骨密度 ・ リハビリ ・ その他()