

フリガナ		〒	—
氏 名	男/女		
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳		☎ ()	—
		携帯 ()	—

◇ いつ頃から、どのような症状がありますか？

いつ頃から：

どんな症状： 痛い・しびれる・腫れている

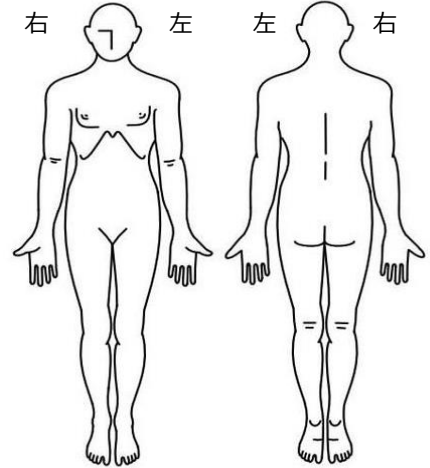
その他 ()

どうしてそうになりましたか (原因)：

* 労働中の事故ですか？ はい ・ いいえ

* 交通事故ですか？ はい ・ いいえ

◆ 症状のある部分に○をつけてください。



◇ 今まで手術、入院、大きな病気をしたことがありますか？

ない ・ ある 【 _____ 】

◇ 現在 治療中あるいは過去にかかった病気はありますか？

ない ・ ある { 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 }
 その他 ()

◇ 肉親(父母、兄弟、姉妹、祖父母、叔父叔母)で上記の病気にかかった方がいますか？

ない ・ ある ()

◇ 薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある 【ピリン・局所麻酔・抗生物質・その他 ()】

◇ 現在 飲んでいる薬 (血液が止まりにくくなる薬など) はありますか？

⇒ お薬手帳をお持ちの場合は 受付 へお出しください

ない ・ ある 【薬の名前： _____】

◇ 飲酒されますか？ しない・する () 本/日 喫煙されますか？ しない・する () 本/日

◇ 女性の方、妊娠中でしょうか？ いいえ ・ 妊娠中 () ヶ月 ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中

◇ 当院をお知りになった経緯を教えてください。

看板を見て ・ インターネット ・ 知人の紹介 ・ その他 ()