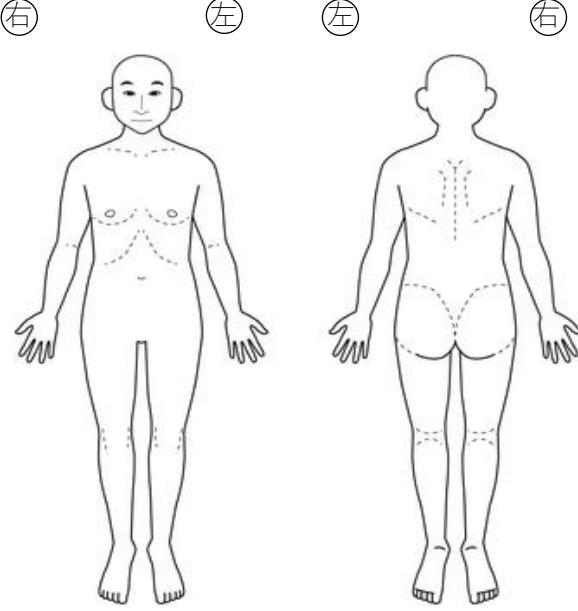


職員記入欄 お薬手帳 あり・なし
新・初・再 カルテ No. マイナンバー あり・なし

※当院は労災指定病院ではありません。仕事中や通勤中の怪我の場合、取り扱いできません。

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	身長 cm
氏名				体重 kg
住所	〒			職業
電話番号	()		携帯電話 ()	
1. 症状はいつからですか？ (年 月 日頃から)				
2. 症状のある部位を右の図と下記に○をつけてください。 頭・首・背中・腰・股関節・膝・太もも・ふくらはぎ 肩・肘・手首・手の指・足首・足の指・その他 ()				
				
3. どのような症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> 感覚がにぶい <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> こわばる (朝方・常に) <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
4. 原因やきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/> 転倒・転落 (どこで：室内・路上) <input type="checkbox"/> 使いすぎ <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> ぶつけた (どこに) <input type="checkbox"/> はさんだ (どこに) <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 (種目) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()				
5. 今回の症状で他院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：いつ頃ですか (年 月 日頃) ★病院・医院名 () ★紹介状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ★画像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
6. 現在、医師の治療を受けている病気、服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *お薬手帳をお持ちの際は受付にご提出下さい。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他 ()				
7. 過去に手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳頃 手術名) 病院名 () (歳頃 手術名) 病院名 ()				
8. 今までに薬や食べ物などでアレルギー症状 (発疹やかぶれ、気分不快) をおこしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ()				
9. ペースメーカー、ステント、金属 (人工関節・プレート・ボルト・インプラント・歯科矯正) が入っている。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳頃 病名) 病院名 ()				
10. 妊娠中または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (週 日) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中				
11. 当院を受診したきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/> 紹介(家族・知人・医療機関・学校) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> その他 ()				
12. 骨の健康(骨粗鬆症)について興味はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				