

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。工作中や通勤中の怪我ですか？いいえ はい⇒お取扱いしていません。

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	身長	cm
氏名			年 月 日(歳)		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)

<p>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 () ➡</p>	<p>⑤ ④ ③ ② ①</p>
<p>3. どのような症状がありますか？</p> <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 ()	
<p>4. 原因やきっかけは何ですか？</p> <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？なし あり:いつ頃ですか(年 月 日頃)
 ★病院・医院名 () ★紹介状 なし あり ★画像 なし 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？ なし あり
 *お薬手帳をお持ちの際は受付にご提出下さい。
心臓病 高血圧 高脂血症 糖尿病 喘息 脳疾患 前立腺肥大症
緑内障 心療内科 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 病名	手術名	病院名)
	(歳頃 病名	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？
なし 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。
なし あり (歳頃 病名 病院名)

10. 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ 妊娠中(週 日) 可能性がある 授乳中

11. 骨の健康(骨粗鬆症)について興味はありますか？ ある ない 治療中である

12. いびき、睡眠時無呼吸について興味はありますか？ ある ない 治療中である

13. 当院を受診したきっかけは何ですか？
紹介(家族・知人・医療機関・学校) ホームページ 自宅に近い その他 ()

*当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療提供に努めています。

ご記入ありがとうございました。お手数をおかけしますが、受付へお渡し下さい。