

フリガナ			職業	スポーツ
患者氏名			身長	体重
			cm	kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		歳	男	女
住所	〒			
電話番号			携帯番号	

1. お仕事中のケガですか？

はい ➡ 当院は**労災指定病院ではありません**ので、**お取り扱いしておりません**。
 労災指定病院へお願い致します。

*絵の中に印をつけてください

いいえ ➡ 下記の2~7までをご記入ください。

2. 本日診療を希望するのはどちらになりますか？

右の絵 ⇒ に印をつけてください。

3. 症状について教えてください。

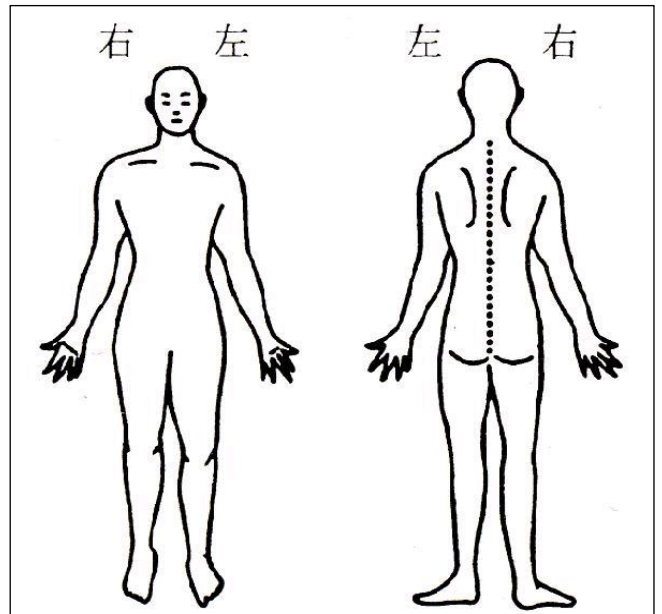
痛み シビレ 力が入りにくい はれている
 めまい その他 ()

※いつからですか？

※どこで？

※どうされましたか？

思い当たる原因のない方はこちらにチェックしてください



※他の病院で治療しましたか？

4. 現在治療中の病気はありますか？

なし 喘息 (ぜんそく) 高血圧症 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 甲状腺
 高脂血症 (高コレステロール) その他 ()

5. 現在内服中の薬はありますか？

なし あり **薬の名前**を教えてください

()

※薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ある⇒ **薬の名前**を教えてください

()

6. 現在妊娠されていますか？

いいえ

はい (妊娠の可能性も含む)

7. どのような経緯で当院をお知りになりましたか？

親族・知人の紹介 他院からの紹介 ホームページを見て その他 ()

ご協力ありがとうございました。