

フリガナ		職業	スポーツ
患者氏名		身長	体重
		cm	kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月
		日	歳
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

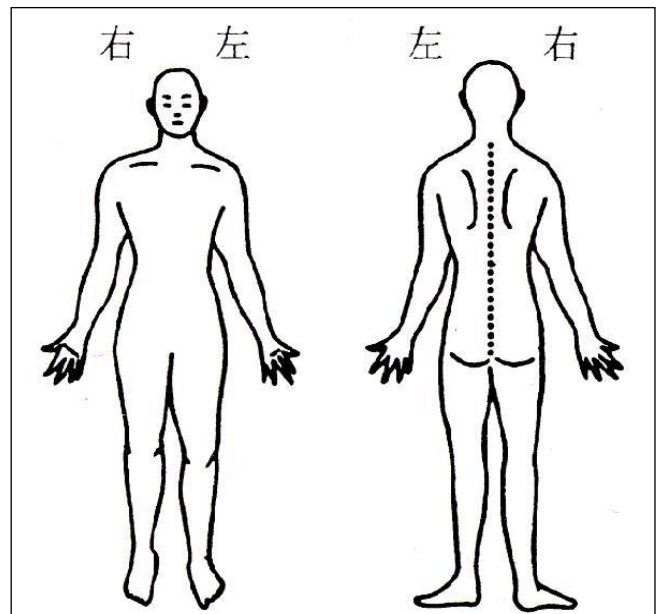
めまい その他 ()

※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。