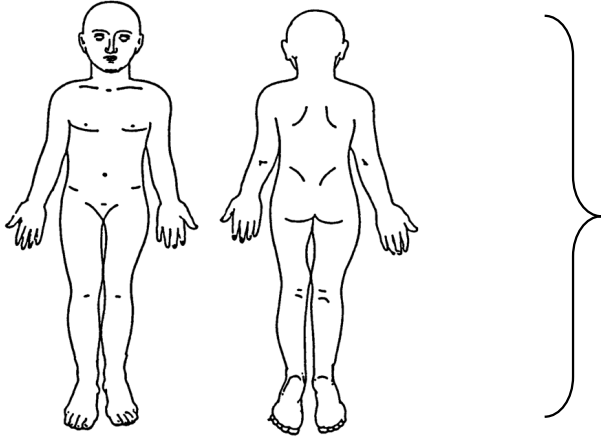


受診日 令和 _____年 _____月 _____日

お名前 _____様 _____歳 男性・女性

症状がある所に○をつけてください。



① 症状をお書き下さい。

・いつから症状がありますか？

今日から・昨日から・()日前から
()ヶ月前から・以前から

・どのような症状ですか？

痛む・しびれる・腫れている・赤い
張る・こる・重い・違和感がある
動かせない・熱を持っている・傷
その他()

・思い当たる原因はありますか？

・交通事故 ・工作中的怪我

※次に当てはまる場合は○をつけて下さい。

② 上記の症状で他の医療機関を受診しましたか。

・いいえ ・はい (病院名

紹介状または画像はありますか？)
はい・いいえ

③ 今までに薬や注射で副作用が出たことがありますか。

・いいえ ・はい (薬剤名

)

④ 今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか。

・いいえ ・はい (病名

)

⑤ 現在、他の病院で通院中の病気や、もらっている薬はありますか。

・いいえ ・はい (病名
(薬剤名

)
)

⑥ お仕事は何をしています(いました)か。

(

)

⑦ 何か運動(スポーツ)をしていますか。

・いいえ ・はい ・過去にしていた ・中断している

(

)

⑧ ペースメーカーが入っていますか。

・いいえ ・はい

⑨ (女性のみ) 妊娠していますか。

・いいえ ・はい

- ・妊娠中 (ヶ月)
- ・妊娠している可能性あり
- ・授乳中

・他の医療機関からの紹介状や画像データ
・お薬手帳など、他の医療機関からの
処方内容が記してあるもの

上記をお持ちの方は、
この用紙と共に受付窓口へお渡し下さい。