

| | |
|----------------------------|---------------------|
| | 今日の日付 令和 年 月 日 |
| ふりがな お名前 | 性別 男 ・ 女 |
| 生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) | 身長 cm 体重 kg |
| ご住所 〒 - | 電話 - - |
| | 携帯 本人 - - 家族 - - |

①今日はどこが痛くて来院されましたか？

右 左 左 右

(1)右の絵に○をつけてください。

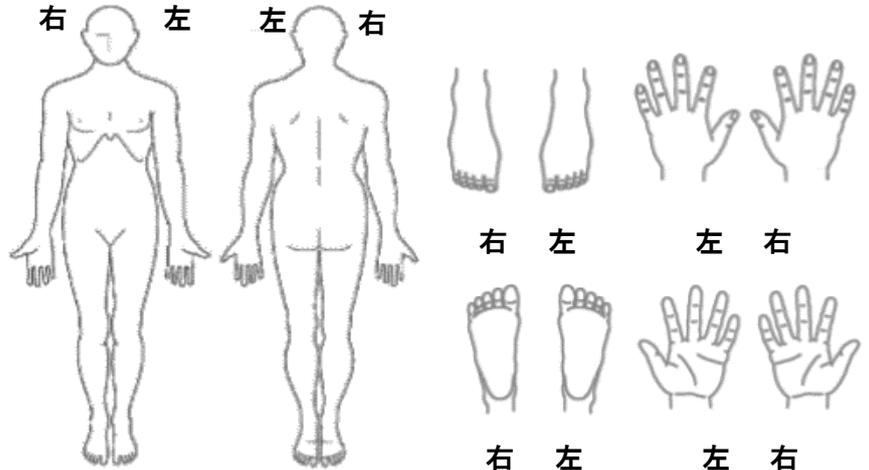
(2)いつからですか？

年 月 日 から

(3)どんな症状がありますか？

痛み ・ しびれ ・ 腫れ

その他()



②原因はなんですか？

転んだ ・ 捻った ・ うった ・ 落ちた ・ その他()

③今回の症状で他の医療機関を受診、治療していますか？

なし 現在、介護サービスを利用されていますか？ (はい・いいえ)

あり 医療機関名(接骨院等含む): 受診日 年 月 日

治療内容 診察 リハビリ(最終リハビリ日: /) その他()

④現在治療中の病気はありますか？

なし あり (1)病名: 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 川崎病 ・ その他()

(2)薬品名:

⑤今までにかかった病気(意識障害や失神も含む)、けが、受けた手術はありますか？

なし あり (1)病名:

(2)いつ頃: 年 月頃

(3)手術部位:

⑥アレルギーはありますか？

なし あり 金属類 ゴム製品 湿布 テープ 麻酔 造影剤 エコージェル その他()

お薬() 食べ物()

消毒(イソジン ・ アルコール ・ その他)

(★当院では注射時にイソジンで消毒します。アレルギーの方は医師にお伝え下さい。)

⑦女性の方へ

妊娠中 ・ 妊娠していない ・ 不明 ・ 授乳中

⑧どのような内容のお仕事をされていますか？

⑨スポーツをされている方へ

スポーツの種目

競技歴

年

ポジション

所属(学校名 ・ 企業名)

利き手(右 ・ 左) 利き足(右 ・ 左) 投球側(右 ・ 左) 打撃側(右 ・ 左)

ボール(軟式 ・ 硬式)

⑩当院を知ったきっかけ

HP Instagram

紹介者(所属・チーム名・氏名など)