

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

①今日はどこが悪くて来院されましたか？

(1)右の絵に○をつけてください。

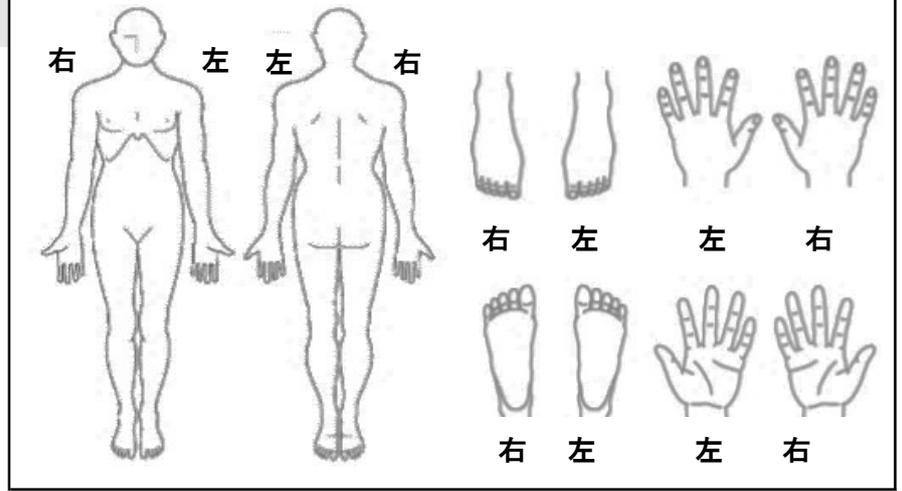
(2)いつからですか？

_____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・きっかけはありますか？

転んだ ・ 捻った ・ 打った ・ 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 あり 医療機関名(接骨院等含む): _____

最終受診日 _____年 _____月 _____日 治療内容 診察 リハビリ(最終リハビリ日: _____ / _____)

④現在、介護サービスを利用されていますか？ はい いいえ

⑤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: _____

⑥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: _____

⑦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。)

⑧女性の方へ _____ 妊娠中 ・ 妊娠していない ・ 不明 ・ 授乳中

⑨未成年の方へ _____ 今回の受診は保護者の方の同意を得ていますか？ はい いいえ

(★保護者の同伴ができない場合は原則、検査・処置等に対して保護者へご連絡のうえ同意を得ていただきます。)

⑩どのような内容のお仕事をされていますか？ _____

⑪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)

⑫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) _____