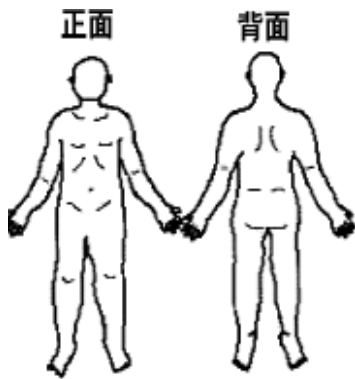


ふりがな		性別	職業
氏名		男性・女性	
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所			
電話	()		

① 本日はどうなさいましたか？



(1) いつごろからですか？

年 月 日頃から (日前から)

(2) どこですか？左図に○を付けてください。

部位()：右・左

(3) どのような症状ですか？

(a) 痛み (b) しびれ (c) 重苦しさ (d) 腫れ (e) その他()

(4) 考えられる原因はありますか？

ない・ある()

② その症状はどんな時に起こりますか？

(1) 常時 (2) 安静時 (3) 動作時(起き上がり・立ち上がり・歩行時) (4) 圧迫時 (5) 就寝時

(6) その他()

③ 当院以外で、この症状に関して治療を受けたことがありますか？もしくは現在治療を受けていますか？

(1) いいえ・(2) はい(病院名・診断名・治療など：)

④ 今回の症状以外で、病気の治療や、手術を受けたことはありますか？

また、現在かかっている病気はありますか？

(1) ない・(2) ある：脳血管障害・糖尿病・高血圧・心臓疾患・更年期障害・その他()

⑤ 現在内服中のお薬がありましたら教えてください。

()

⑥ 薬のアレルギーはありますか？

(1) ない・(2) わからない・(3) ある()

⑦ よろしければ当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

(1) 近から (2) 通りがかり (3) ご家族からの紹介(お名前：)

(4) 職員紹介(お名前：) (5) その他の方からの紹介(お名前等：)

(6) 看板 (7) 当院のホームページ (8) その他()

⑧ 今回の症状は労災、交通事故、学校ですか。(1) いいえ (2) 労災 (3) 交通事故 (4) 学校

⑨ * 女性の方へ：*本日は、レントゲン撮影する場合がありますが、現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

(1) ない・(2) ある・(3) わからない