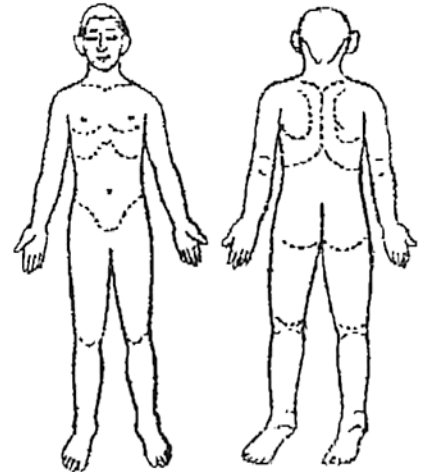




※保険証をお持ちでない場合は「自費」の扱いとなります。
※紹介状をお持ちであればご一緒にお出してください。

フリガナ		住所 (自宅)	〒 -				
名前	男 女		Tel: - -				
生年月日	M・T S・H 年 月 日	身長 (cm)	体重 (kg)	妊娠の可能性		ある・ない	

- (1) きょうはどちらの具合が悪いですか？
症状のあるところに「○」をつけてください。
- (2) いつ頃から症状がありますか。



けがの場合はその日にちをお書きください。
(受傷日 年 月 日 時頃)

- (3) 原因となるようなきっかけはありましたか？
けがの様子、スポーツなどできるだけ具体的にお書きください。

※交通事故、業務上、通勤中のけがなどで受診される場合は必ずお申し出ください。

- (4) 今回の症状で今までに治療を受けたことがありますか？
・ない ・ある → (どこで? いつ頃?)
- (5) 今までにかかったことのある病気、受けた手術はありますか？
・いいえ ・はい → 心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 精神的な病気
腰痛 肩こり その他 ()
- (6) 現在飲んでいるお薬がありますか？
・いいえ ・はい → 内科のお薬 痛み止めのお薬 精神科のお薬 他 ()
- (7) 食べ物、薬、注射などにアレルギーをお持ちですか？
・いいえ ・はい → 食べ物 () 薬・注射(薬品名:)
- ★アレルギー疾患をお持ちですか？ ・花粉症 ・喘息 ・アトピー ・皮膚がかぶれやすい
- (8) タバコ ・吸わない ・吸う (本/日)
- (9) アルコール ・飲まない ・時々飲む ・毎日飲む (ml・合・本/日)
- (10) 職業をお聞かせください (具体的な職種・業務内容)

・肉体労働 ・重いものは持たないが動き回る ・立ち仕事 ・デスクワーク ・家事

- (11) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
・駅看板(品川駅自由通路、高輪口、北品川駅) ・チラシ ・インターネット ()
・他医院からの紹介 ・会社内診療所の紹介 ・近所に居住または勤務 ・電柱広告
・家族、知人 ・タウンページ ・以前受診したことがある ・その他 ()

ご協力ありがとうございました。

ID: