

番号:

記入日:平成 年 月 日

ふりがな:

御名前:

様

男・女

御住所:〒

電話(自宅): - - (携帯・他) - -

生年月日: 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (才)

職業: 身長: cm 体重: kg 体温: °C

【1】 本日の体調を教えてください。例)風邪をひいている 微熱がある など

()

【2】 来院目的・要望する診察をご記入ください(複数選択可)
ブロック注射・処方・漢方・リハビリ・温熱療法などの物療
その他

【3】 いつ頃から ()

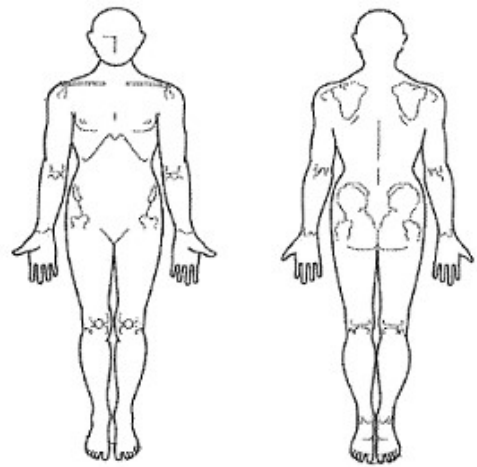
部位: 症状のある部位に○をつけてください (右の図から) →

症状: 痛み ・ 変形 ・ 腫れ ・ しびれ ・ 麻痺
その他 ()

きっかけ、原因はありますか?

交通事故 ・ 仕事中のけが ・ スポーツ
その他 ()

患部を温めると、痛みが改善しますか? ・改善 ・変わらない ・悪化



【4】 この症状で過去に受診された医療機関があれば
医療機関名とそちらでの診断、検査、治療内容をご記入ください

()

【5】 お薬や食べ物などでアレルギーがありましたか? 当てはまる項目に○をつけてください

・アルコール ・消毒液 ・局所麻酔 ・お薬 ・食べ物 ()

【6】 今までにかかった病気に○をつけてください(現在治療中のものも含む)

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・胃潰瘍 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・心臓血管疾患
・脳血管疾患 ・精神疾患 ・その他の病気、手術 ()

【7】 今飲んでいる薬はありますか?(市販薬を含む)

・なし ・あり 薬の名前 ()

【8】 血が止まりにくい・皮下出血になりやすいですか? ・いいえ ・はい

【9】 タバコは吸われますか? ・いいえ ・はい

お酒は飲めますか? ・いいえ ・はい

【10】 食欲はありますか? ・はい ・いいえ
睡眠は十分とれていますか? ・とれている ・とれていない
便秘はありますか? ・はい ・いいえ

【11】 妊娠の可能性はありますか? ・いいえ ・はい ・授乳中(妊娠: 週目)

【12】 今までに麻酔や注射で具合が悪くなった事がありますか?

・いいえ ・はい ()

【13】 このクリニックを何でお知りになりましたか?

・看板(場所:) ・紹介 ・開院チラシ ・インターネット ・その他 ()