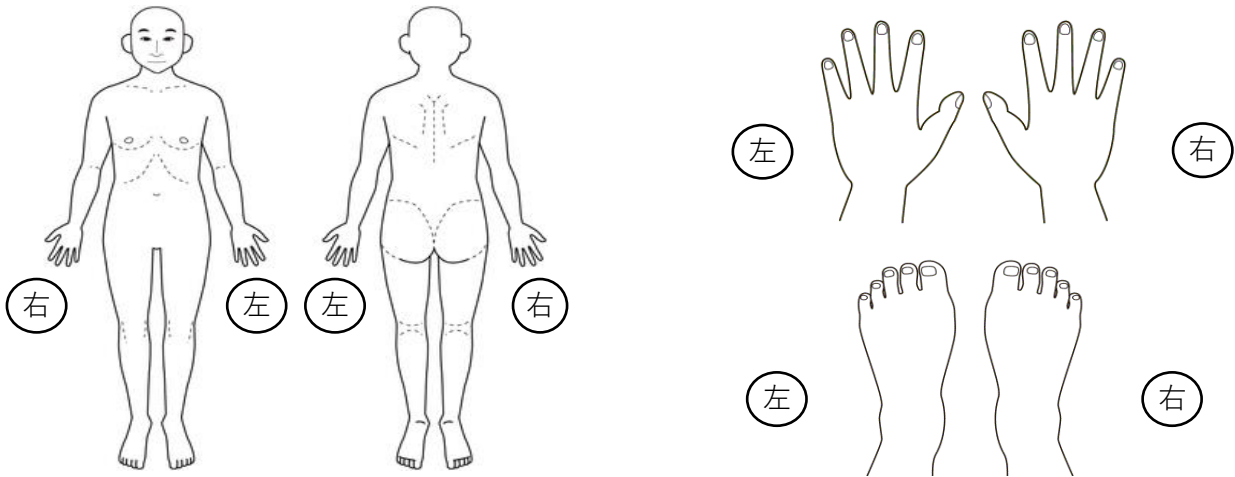


記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号： _____	電話番号： ( _____ )
住所： _____	携帯電話： ( _____ )
	緊急連絡先： ( _____ ) 続柄： _____
ふりがな： _____	生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名： _____	身長： _____ cm 体重： _____ kg
	年齢： _____ 歳 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

1. 診察してほしい所はどこですか？症状のある部位に○をつけてください。



2. どのような症状がありますか？

- 痛い しびれる 変形している 腫れている 感覚がにぶい こわばる  
熱をもっている 動かさにくい 歩きにくい その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ ( 日 週 月 年 ) 前から 不明

4. 思い当たる原因はありますか？

- なし あり： ぶつけた はさんだ ひねった 転んだ スポーツ 交通事故 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 今回の症状で他の病院/診療所/接骨院などで治療を受けたことがありますか？ 紹介状あり

- なし あり： 施設名 ( \_\_\_\_\_ )

6. 過去にけがや病気で手術を受けた事があればお答えください

手術名 ( \_\_\_\_\_ ) 体内金属： なし ・ あり

7. 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？ お薬手帳があれば受付にご提出下さい

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )  
 服用中の薬 ( \_\_\_\_\_ )

8. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

- なし あり： 薬 ・ 食物 ( \_\_\_\_\_ )

9. 女性の方へ： 現在、妊娠の可能性はありますか？

- なし あり

10. 40歳以上の方へ： 骨粗しょう症の検査を希望しますか？

- はい いいえ

11. 当院受診のきっかけは？

- 紹介 ( 家族 ・ 知人 ・ その他： \_\_\_\_\_ ) ホームページを見て 自宅近くだから  
インターネット 専門医がいるから 学校からの紹介 その他 ( \_\_\_\_\_ )