

記入日 年 月 日

ふりがな		戸籍上の性別		生年月日		
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		S・H・R	年	月 日 (歳)
ご住所 〒						
自宅電話			携帯電話		ご職業	
身長	cm	体重	kg	介護認定	要支援1、2、要介護1、2、3、4、5	
既往歴						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他()						
他院より紹介 無 ・ 有 紹介状の有無 紹介元 病院名:() ※CD-Rなどお持ちの方は必ず受付にお渡しください。						

① いつからどのような症状がありましたか？

()

わからない

③ 症状の原因を教えてください

けが (スポーツ・転倒・その他) わからない

交通事故 労災 ()

④ 今回の症状でほかの診療所・病院を受診されましたか？

はい (名称: 紹介状:あり・なし)

いいえ

⑤ 他院で処方されて飲んでいるクスリはありますか？

はい (薬剤名:)

いいえ ※お薬手帳があれば提出してください

⑥ クスリや食物にアレルギーはありますか？

はい (内容や症状:)

いいえ

⑦ (女性のみ)妊娠中ですか？ もしくは授乳中ですか？

※妊娠の可能性のある方はレントゲン撮影を行えませんので、ご注意ください

妊娠中(週) 授乳中 わからない(可能性あり) いいえ

⑧ 担当医師が必要と判断した場合、リハビリテーションをご希望されますか？

はい いいえ わからない

② 症状のある部位はどこですか？

