

記入日 年 月 日

|                     |            |                  |         |            |    |   |
|---------------------|------------|------------------|---------|------------|----|---|
| ふりがな<br>氏名          | 男・女        | 生年月日             | 平成・令和   | 年          | 月  | 日 |
|                     |            | 年齢               | 歳       | か          | 月  |   |
| 住所                  | 〒          |                  |         |            |    |   |
| 連絡先①                | 父・母・その他( ) |                  | 連絡先②    | 父・母・その他( ) |    |   |
| 体重                  | kg         | 身長               | cm      | 体温         | °C |   |
| 薬・食物アレルギー           |            |                  |         |            |    |   |
| 過去に大きな病気などの経験はありますか |            |                  | ご家族の既往歴 |            |    |   |
| 他院より紹介はありますか        | 紹介状<br>紹介元 | 有・無<br>病院名 : ( ) |         |            |    |   |

① 本日の受診目的・症状を下記から選択してください。

★部位に○をつけてください👉

外傷・ケガ ※どのような状況でケガしましたか？

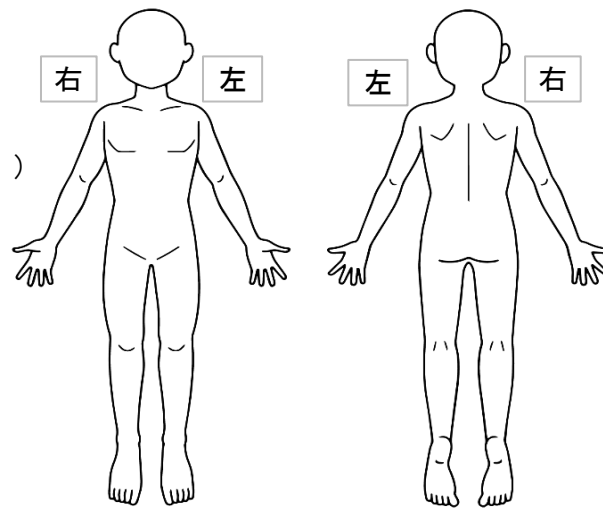
[ ]

学校・他院検診の二次検診 (内容 : )

わからない ※痛みの有無 : 有・無

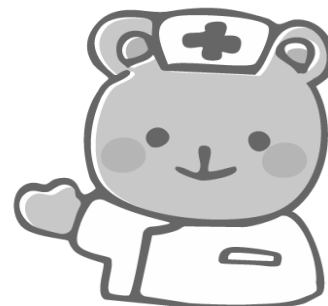
その他 (例 : 歩き方・姿勢が気になる等 )

[ ]



② 症状はいつ頃からありますか？

③ 検診や他院で指摘された内容があればご記入ください。



注: 歩行時や気になる動きの動画がある場合は、必ずスマホなどで撮影しお持ちください。

お子様のレントゲン撮影の際に、お手伝いをお願いする場合があります。妊娠の可能性のある保護者の方は必ずお申し出ください。