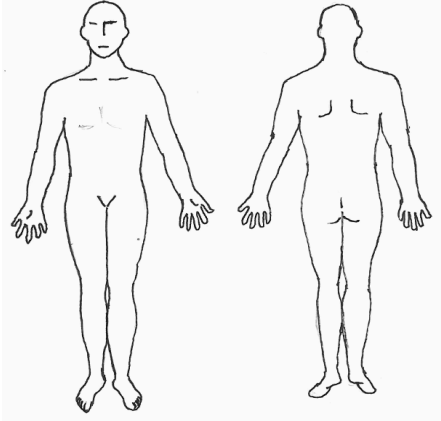


フリガナ		男・女	生年月日: 年 月 日 (歳)	
お名前			身長 cm	体重 kg
住所	〒		胃弱いほうですか? はい いいえ	
電話(自宅)優先			喫煙歴: 有 無	抜歯(麻酔)歴: 有 無
電話(携帯)優先	アレルギー(食事・薬物): 有()・無			

●現在の症状について教えてください。

具合の悪いところに○を付けて下さい



(前) (後)

① 今の症状はいつから・どこで・何をしておきましたか?

・いつ

・どこで

・何をしています

② 今の症状が出た後にどこで・何かの治療を受けましたか?

受けていない

受けた

・いつ

・どこで

●来院のきっかけを教えてください

紹介 () 近所だから

看板 () 当院ホームページ

その他 ()

●今までにかかった病気や治療についてあれば教えてください。

(例: 高血圧・狭心症・心筋梗塞・糖尿病・胃十二指腸潰瘍・喘息・腎臓病)

[]

いいえ

●今までに何か手術を受けたことがありますか?

(具体的に何歳時・手術名・病院名の記入をお願いします)

※ペースメーカー手術: 有 ・ 無

[]

いいえ

●今、服用中のお薬やサプリメントはありますか? ある

[]

ない

●皮膚かぶれ等の確認です。

湿布負け 有 ・ 無 軟膏負け 有 ・ 無

●予約になりますが「骨粗しょう症」の検査を希望されますか?

はい いいえ

●女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか? はい いいえ 不明

授乳中ですか? はい いいえ

●介護保険の認定を受けている方のみお答えください。

下記のあてはまる項目に○をつけて下さい。

要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5