

フリガナ
氏名

男
女

生年 明・大・昭
月日 平・令

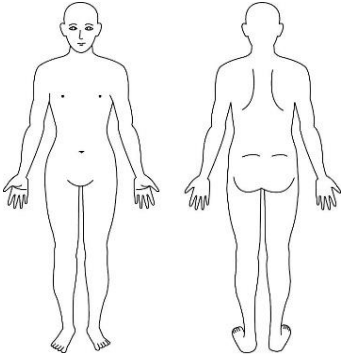
年 月 日 才

〒 - 住所

電話 () - 身長 cm 体重 kg

職業 同居人数 独居 家族 () 人

緊急連絡先 (氏名 () (続柄 ()) 電話 () -

①	どこの具合が悪いですか？右図の該当部位に○印をつけて下さい →		
②	いつ頃から悪くなりましたか？ 年 月 日 時頃から		
症状がでたきっかけや原因を簡単にご記入下さい <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他			
③	〔 〕 労 安		
④	どのような症状がありますか？ → 痛み・しびれ・その他 ()		
⑤	右記のような病気に かかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 その他 ()	
⑥	手術されたことがありますか？	ない あるいは () 才頃 部位 ()	
⑦	現在、飲んでいるお薬がありますか？ ※お薬手帳をお持ちであれば、ご提出下さい	ない あるいは () 病院名 ()	
⑧	注射（麻酔・点滴）での気分不良や、 お薬や食べ物に対するアレルギーがありますか？	ない あるいは () 注射・お薬・食べ物 ()	
⑨	お薬を飲んで胃がおかしくなったことがありますか？	ない あるいは ()	
⑩	シップ剤にかぶれたことがありますか？	ない あるいは ()	
⑪	かかりつけ調剤薬局がありますか？	ない あるいは ()	
⑫	体内に電子機器（心臓ペースメーカー、除細動器、 神経刺激電極、人工内耳 等）をつけていますか？	いいえ はい → ()	
当院では、MRI検査を行うことができます → () MRI検査を希望します ご希望の方は、右の () 内に○をつけて下さい			
⑬	女性の方	現在、妊娠をしている可能性がありますか？	いいえ はい → () 週目
		現在、授乳中ですか？	いいえ はい → お子様 () ヶ月
介護認定を受けていますか？		いいえ はい → 支援 () ・ 要介護 ()	
⑭	介護保険で施設などをご利用されていますか？	いいえ はい → <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー	

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。