

整・皮

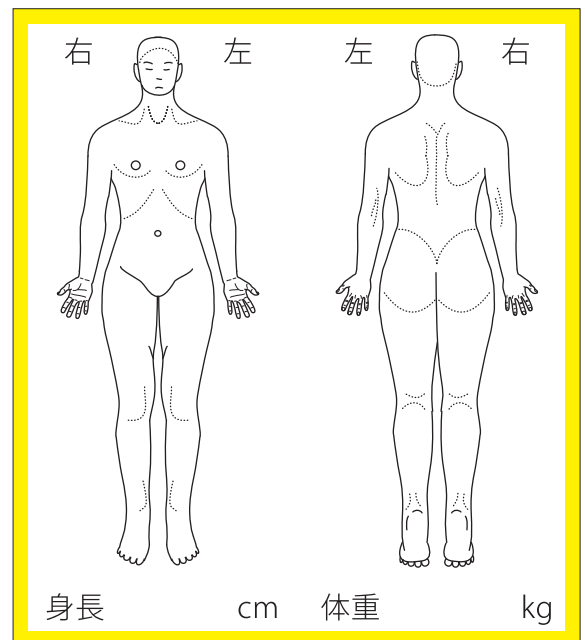
(ご記入日) 年 月 日

| | |
|-----------------------|-------------|
| (フリガナ) | (ご住所) 〒 - |
| (お名前) | (お電話) - - 番 |
| 様 (男・女) | (ご職業) |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳 | (スポーツ) |
| (ご家族構成) 独居・同居 同居者 () | |
| 緊急時の連絡先 | |
| (お名前) 様 (ご関係) | (お電話) - - 番 |

診察を速やかに行う参考にするため、ご記入をお願いします。また、診察と説明を丁寧に行うためお待たせすることがございます。ご理解・ご協力のほどお願い申し上げます。

1. 現在の症状は何ですか？また、具合の悪い場所に○をおつけください。

- 痛い しびれる 腫れている
- ケガ 重だるい 動きが悪い
- かぶれ かゆみ しっしん
- その他 _____
- 仕事中のケガ 交通事故



2. いつ頃から症状が始まりましたか？

_____年 _____月 _____日頃から
 または _____位前から

3. 思い当たる原因 (有・無) ある方は具体的にご記入ください

(_____)

4. 何をするとつらいですか？

(_____)

5. このことでどこかに相談 (有・無) をし、治療を受けましたか？

どこで相談 _____ どのような相談 _____

どのような治療 _____ 治療の効果 _____

6. 検査や治療についてご希望や、お薬のアレルギー・副作用はありますか？

(有 ・ 無) _____

7. 今までに病気やケガをされたことがありますか？

(有 ・ 無) 手術 ケガ 糖尿病 (HbA1c: _____)

心臓 高血圧 (直近の血圧の値: 上 _____ / 下 _____ mmHg)

脳疾患 肝炎 その他 _____

8. 現在、治療中の病気はありますか？お薬手帳をお示してください。

(有 ・ 無) 病名 _____ 服薬中のお薬 _____

9. 検査についてお聞きします

・円滑に診察を進めるため、診察の前にレントゲン撮影をする場合がありますが
よろしいですか？ ➡ ① よい ② よくない

・骨粗鬆症が… ① 気になる ② ならない ➡ 検査を希望する 希望しない

・血管年齢が… ① 気になる ② ならない ➡ 検査を希望する 希望しない

10. 女性の方へ。現在、妊娠している可能性がありますか？

① 有り 現在 _____ ヶ月 ② 無し ③ 閉経 _____ 歳時

11. お酒・タバコをたしなみますか？

・お酒 ① いいえ ② はい 週に _____ 日位 量は _____ 本位

・タバコ ① いいえ ② はい 週に _____ 日位 量は _____ 本位

12. 当院をどちらでお知りになりましたか？

バス広告 ホームページ Yahoo! Google 電柱広告

知人・ご友人 (_____ 様) ご家族 (_____ 様)

その他 _____