



No. \_\_\_\_\_

フリガナ	男	生年月日	西暦・明・大・昭・平・令	年齢	職業(学生は学校名と学年)
氏名	女	年	月	日	歳
〒	-				Tel.自宅
住所				携帯	保護者連絡先
1. どこがどのように問題があって来院されましたか?(複数回答可)				身長	cm
どこが				体重	kg

2. いつ頃から症状が出ましたか? 月 日 もしくは 日・週間・ヶ月・年 前から

3. 症状が出たきっかけはありますか?

転んだ  落ちた  ぶつけた  ひねった  切った  交通事故  仕事上の事故  その他 \_\_\_\_\_

4. 今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか?

いいえ  はい 医療機関名 \_\_\_\_\_

5. 現在あるいは過去に以下の病気を指摘されたことはありますか?(複数回答可)

高血圧  緑内障  心疾患  糖尿病  腎臓病  喘息  リウマチ  結核  肝炎(B型・C型)

その他 \_\_\_\_\_ 手術歴 \_\_\_\_\_  ペースメーカー

6. 現在治療を受けているかたは病院名をお答えください

7. 現在お薬をのんでいますか?(マイナンバーカードもしくはお薬手帳を受付にお渡しください)

8. 食べ物や薬で気分が悪くなったり発疹がでたことはありますか?

いいえ  はい 解熱剤・抗菌薬・その他 \_\_\_\_\_

9. 現在妊娠していますか?  いいえ  はい  妊娠の可能性がある

10. 喫煙・飲酒はしていますか?  していない  飲酒のみ  喫煙のみ  両方とも

11. なにか運動・スポーツはしていますか?  いいえ  はい 具体的には?

12. 介護認定を受けていますか?  いいえ  はい

13. 必要であれば1.5テスラMRI検査を希望されますか?  希望する  希望しない

14. 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

看板  ネット検索  知人からの紹介  家族の紹介  他院からの紹介  再新患  その他

15. マイナンバーカードをお持ちですか?  はい  今日は持ってきていない  いいえ