

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令			( 才 )
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯	自宅
住所	( 千 - ) 豊橋市 ( )市					

① 具合の悪いのはどこですか？（右の図に○印をつけて下さい）

○複数ある場合は、番号をふって下さい。（1番診てほしい所から）

② 症状はどのようなですか？

いたい・しびれる・だるい・はれている

動きがわるい・変形・その他( )

③ いつからですか？

( )月( )日から ( )日前から

④ 原因はありますか？

ない・はっきりしない

ある → 転んだ・打った・ひねった・その他

理由:何をしています

⑤ 傷はありますか はい・いいえ

⑥ 今回のけが(病気)で他院にかかりましたか？

いいえ・はい → 病院( ) 年 月 日

⑦ 現在治療中の病気がありましたらご記入ください

ない・ある ( 糖尿病・高血圧症・心臓病・その他 )

⑧ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない・ある ※お薬手帳持参されている方は問診の際にお出してください

⑨ クスリや注射が体にあわなかったことがありますか？

ない・ある ( )

⑩ 女性の方のみご記入ください

現在 (妊娠中・授乳中・妊娠の可能性ある・該当なし)

⑪ 65歳以上の方は必ずご記入下さい 介護認定を受けていますか？

いない・いる 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

⑫ 検査・治療に対してご要望がありましたら、ご記入をお願いします

⑬ 今までかかった病気や手術を受けたことはありますか？

ない・ある \_\_\_\_才ごろ 病名( )

● 紹介状・CDをお持ちの方・外出を希望される方は受付に申し出てください。

● 個人情報の取り扱いには十分注意をしておりますが何かご要望がありましたら受付時にご相談ください。

