

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

紹介状や画像データをお持ちですか？ いいえ・はい → 受付時にご提出ください

本日持参されたのはどちらですか？

健康保険証 ・ マイナンバーカード（マイナ保険証）

→ 服薬歴や健診歴などの診療情報取得に同意されましたか？はい・いいえ

①具合の悪いのはどこですか？（右の図に○印をつけてください）

複数個所の場合は、痛い順に番号をふってください

②どのような症状ですか？

いたい・しびれる・だるい・はれている

動きが悪い・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：何をしていた

⑤傷はありますか？ ある・ない

⑥今回のけが（病気）で、こちらに来院する前に他院で診察を受けましたか？

いいえ・はい → 病院（ \_\_\_\_\_ ）年 月 日

⑦現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？

いいえ・はい → 糖尿病・高血圧・心臓病・痛風・リウマチ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑧現在服用している薬はありますか？

いいえ・はい → お薬の内容をご記入いただくか、お薬手帳等をお持ちでしたら提出をお願いします

⑨薬や注射、食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）

⑩40歳以上の方へ この1年間に特定健診や高齢者健診を受けましたか？ はい・いいえ

⑪65歳以上の方へ 介護認定を受けていますか？

いいえ・はい → 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）

⑫女性の方へ 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ・妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中

⑬今までに入院や手術を要するような大きな病気やけがをしたことがありますか？

いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ ）

⑭検査・治療に対してご要望がありましたら記入してください（例）MRI・リハビリ・注射など

