

正しい治療を行う参考にいたしますのでご記入ください。

ふりがな		男・女	住所	〒	
氏名			TEL	自宅	携帯
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才		職業		

(1)右絵の診察してもらいたい場所に○をつけて下さい。

(2)具合の悪い内容は何ですか？

痛み・しびれ・腫れ
その他_____

(3)それはいつごろから、はじまりましたか？

____年____月____日 または_____位前から

(4)原因は何ですか？

- ① わからない
- ② ある方()
- ③ 交通事故 労災(工作中・通勤) その他_____

(5)(1)に対してどこかで治療をしていましたか？

- ① なし
- ② あり・どのような治療ですか？_____

(6)今まで薬や麻酔薬でアレルギー(副作用)がありますか？

- ① なし
- ② あり・どのような薬でどのようになりましたか？

(7)今まで大きな病気やケガをしたことがありますか？

また、現在他に治療中の病気がありますか？

- ① なし
- ② あり・どのような病気ですか？(○をつけて下さい)
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・消化器の病気・その他_____

(8)診察の結果、検査・薬・注射等の治療の必要がある時、それを希望しますか？

- ① 希望する ②希望しない
- ②の場合、希望しないものに○をつけて下さい。
レントゲン検査・血液検査・薬・注射

(9)女性の方へ…。現在妊娠している可能性がありますか？

あり_____ヶ月 なし

(10)介護保険証はありますか？

- ① なし
- ② あり(○をつけてください) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

(11)介護サービスを利用していますか？

利用している 利用していない

(12)当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

インターネット・広告(駅看板・電柱・バス)・紹介(家族・友人、知人・他院)

(13)健康づくり、体力向上などに興味はありますか？

- ① 興味あり ② 興味なし
- ① ありの場合、当クリニックによる健康教室などの開催を希望しますか？
① 希望する ②希望しない(理由:_____)

