

受診日：令和 年 月 日 (時 分)

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 (男・女) 職業 ()

身長 _____ cm 体重 _____ kg

☀️ どこが具合が悪いですか？
(右の図に○印をつけて下さい)

☀️ いつ頃からですか？
① _____ 月 _____ 日 ② _____ 日位前
③ ハッキリしない

☀️ きっかけは、ありましたか？
① 特にない ② 転んだ ③ スポーツで (種類:)
④ 交通事故 ⑤ その他、具体的に ()

☀️ どんな症状ですか？
① 痛い ② しびれる ③ はれている ④ 力が入らない ⑤ つっぱる
⑥ 音がする ⑦ 動きが悪い ⑧ その他 ()

☀️ 今回のことで、他の病院や整骨院にかかっていたか？ (はい・いいえ)
「はい」とお答えの方は、病院又は整骨院名をお書き下さい。
病院又は整骨院名 ()

☀️ 今まで、けがや病気、手術で入院したことがありますか？ (ある・ない)
「ある」とお答えの方は、その内容をお書き下さい。
内容 ()

☀️ 現在、治療中の病気はありますか？ (ある・ない)
(心臓病、糖尿病、高血圧、喘息、胃腸病、肝臓病、その他 ())

☀️ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ (ある・ない)
「ある」とお答えの方は、お薬手帳を出してお待ち下さい。お持ちでない方はお薬
の名前をお書き下さい。
薬剤 ()

☀️ 2週間以内に、バリウム検査を受けましたか？ (受けていない・受けている)

☀️ アレルギーは、ありますか？ (お薬・食物・金属・その他) (ある・ない)
「ある」とお答えの方は、お書き下さい。 ()

☀️ 女性の方へお聞きします。妊娠又は妊娠の可能性はありますか？ (ある 月・ない)
現在、授乳していますか。 (している・していない)

☀️ その他 (その他、気になっていることなどありましたら、お書き下さい。)

☀️ 当病院では患者様の取り違え防止等の為、お呼びする際にはご氏名を使用させていただきます。ご氏名でのお呼び出しに支障がある方は、窓口へ申し付け下さい。

☀️ 病状把握の為、外傷時の経過を詳細に確認させていただく事もあります。ご協力をお願い致します。体調がすぐれない方はお申し出下さい。

☀️ 手の装飾品の除去 (済・未)

