

## はじめて診察を受けられる方へ

お名前 (ふりがな)	年齢	性別	生年月日	
	歳	男・女	大・昭・平・令	
			年	月
住所 〒		電話番号		
		身長	cm	ご職業
		体重	kg	

1. 右の絵に具合の悪い部分に○をつけてください

2. どのような症状で来院されましたか？

いたい  しびれる  腫れている

動きが悪い  形がおかしい

そのほか ( )

3. いつから症状がありますか？

1年以上前  半年前  1週間前  きのう  今日

そのほか ( )

4. 思い当たる原因はありますか？

交通事故  工作中的ケガ  室内・屋外での転倒

スポーツ  特に原因なし  そのほか ( )

5. いま治療されている病気はありますか？

特になし  糖尿病  高血圧  心臓病  脳梗塞・脳出血  腎臓病・透析

喘息・肺疾患  胃潰瘍  そのほか ( )

6. 【持病のあるかたへ】以下のくすりを使用していますか？

インスリン注射  血液をさらさらにするくすり (抗凝固薬など)

7. 過去に受けた手術はありますか？

特になし  心臓ペースメーカー  体に金属がのこるもの

そのほか ( )

8. お薬や食べ物のアレルギーはありますか

はい (内容 )  いいえ

9. 【女性の方のみ】妊娠の可能性はありますか

はい  いいえ  わからない

10. 【女性の方のみ】授乳中ですか？

はい  いいえ

