

お名前 (ふりがな)	年齢	性別	生年月日
	歳	男・女	大・昭・平・令 年 月 日
住所 〒	電話番号 (携帯)		
	(固定)		
	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

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 労災 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？

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. 今くすりを使用していますか？ はい いいえ

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？

なし 心臓ペースメーカー そのほか ()

8. この1年間で健診 (特定健診もしくは高齢者健診) を受けましたか？ はい いいえ

9. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

10. 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

11. (女性の方のみ) 妊娠の可能性がありますか？ 12. (女性の方のみ) 授乳中ですか？

はい いいえ わからない

はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得するためマイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。