

フリガナ			
お名前	【 男性 ・ 女性 】		
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 () 歳		
ご住所	〒 — ※マンション・アパート名等まで詳しくご記入ください		
電話番号	☎ 携帯電話 () —	☎ ご自宅 () —	

◎業務中・通勤途中・交通事故の治療ですか？ ☐いいえ ☐はい

○本日の受診理由をご記入ください

いつ？ ()

どこで？ ()

どうした？ ()

○他医療機関で治療されている病気はありますか？

☐いいえ

☐はい 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病

その他()

○現在飲まれているお薬はありますか？

☐いいえ

☐はい 血が止まりにくくなる薬 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓の薬 ・ 骨の薬

その他()

○アレルギーはありますか？ ☐いいえ ☐はい 花粉 ・ 食べ物 ・ 薬 ・ その他()

○喘息はありますか？ ☐いいえ ☐はい

○ペースメーカーはありますか？ ☐いいえ ☐はい

○女性の方へお聞きます 妊娠 ☐していない ☐妊娠中、現在 か月 ・ 授乳 ☐なし ☐授乳中

○当院を何で知りましたか？ ホームページ ・ SNS ・ 看板 ・ 家族・知人 ・ 通院歴あり

その他()

○介護保険の有無 ☐申請なし ☐要支援 1 2 ☐要介護 1 2 3 4 5

◎症状のある部位に○をつけてください

