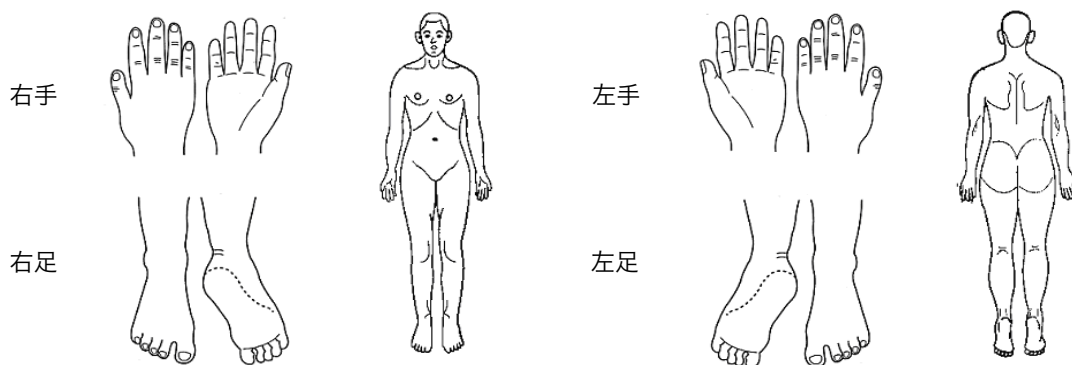


フリガナ 氏名		性別 男・女	昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳	職業
電話番号	自宅 : ( ) 携帯 : ( )	緊急連絡先	続柄 ( ) TEL ( )	
住所	〒 — 東京都・埼玉県・(他 : )			
介護認定	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )	紹介状・画像データ	なし・あり → 受付へご提出を	

1. どのような症状でご来院されましたか？ 当てはまる「部位 (図)」すべてに○をつけてください



2. どのような症状がありますか？ 当てはまる「症状」すべてに○をつけてください

(痛み・しびれ・腫れ・動きにくい・力が入らない・その他 : \_\_\_\_\_)

3. 症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ (時間・日・週・ヶ月・年) ほど前から

4. 症状のきっかけ、ご自身で思いつく原因はありますか？

わからない / 学校 / スポーツ / 工作中・通勤中 / 交通事故 ( 月 日 ) / その他

具体的に : \_\_\_\_\_

5. (傷害・スポーツ・労災) 保険を利用しますか？ (いいえ・検討中・はい → \*労災予定の方は受付へ\*)

6. 症状・痛みの強さを 0~10 の数字で表してください \_\_\_\_\_ (0 痛みなし、7 薬が飲みたい、10 耐えられない)

7. 現在、治療中の病気はありますか？

(いいえ・はい → ペースメーカー 体内の金属 てんかん 脳梗塞 癌 心疾患 糖尿病 高血圧 高脂血症

その他 : \_\_\_\_\_)

8. 現在、内服中のお薬はありますか？ \*お薬手帳がある方は、受付へご提出を。ない方は下記へ記入をしてください

(いいえ・はい → 薬の名前 : \_\_\_\_\_)

9. 過去の大きなケガ、病気、手術歴はありますか？

受付記入欄 (コピー有・無 / マイナ保)

(いいえ・はい → 具体的に : \_\_\_\_\_)

10. 薬や食物のアレルギーはありますか？

(いいえ・はい → 薬品名・食べ物 : \_\_\_\_\_)

11. <女性の方> 現在、妊娠中の可能性はありますか？

(いいえ・はい・わからない・授乳中)

12. <40 歳以上の方> 1 年以内に特定健診または高齢者健診を受けましたか？

(いいえ・はい)

13. <マイナンバーカード利用の方> 「診療情報取得」に同意しましたか？

(いいえ・はい)

14. 医師に相談したいことがあれば、お気軽にご記入ください (例 : リハビリ希望、MRI 紹介希望、専門医の紹介希望)