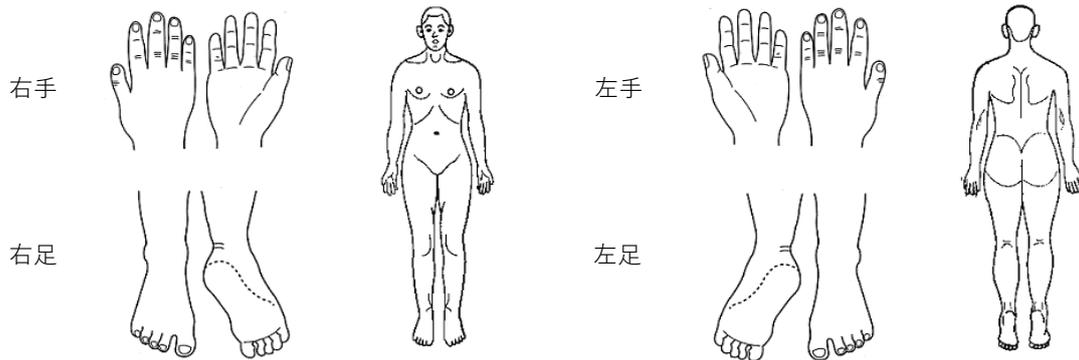


フリガナ		性別	昭・平・令 年 月 日	職業
氏名		男・女	() 歳	
電話番号	自宅: () 携帯: ()	緊急連絡先	TEL ()	続柄 ()
住所	〒 _____ 東京都・埼玉県・(他: _____)			
紹介状・画像データ	なし・あり → 受付へご提出ください		介護認定	要支援・要介護

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)