

患者番号： _____

平成 年 月 日

初めて当院を受診される方へ

郵便番号： _____

電話番号： _____ () _____

住 所： _____

ふりがな
氏 名： _____

性別 男 ・ 女 _____

職 業： _____

生年月日 (T・S・H) . . . (才)

1. 今日はどこが悪くて来院されましたか？
その場所を右の人形に○を付けて下さい。

2. それはどのような症状ですか？
下に○を付けて下さい。
痛い、しびれる、動かない、腫れている
外傷、その他 ()

3. 症状はいつからですか？
() に数字を入れて下さい。
() 時間前より () 日前より
() ケ月前より () 年前より

4. 何か思い当たる原因はありますか？
(はい、 いいえ) (はい) の方は、下に原因を書いて下さい。
()

5. 今まで下記の病気になったり治療を受けた事がありますか？ (はい、 いいえ)
(はい) の方は、下に○を付けて下さい。
高血圧・糖尿病・癌・脳卒中・心臓病・喘息・不整脈・胃潰瘍・梅毒・結核・肝炎
その他 ()

6. 今までに手術や入院を受けたことがありますか？ (はい、 いいえ)
(はい) の方は、いつごろ受けましたか？ (年前 歳頃)
(手術名)

7. 今、お飲みになっている薬はありますか？ (はい、 いいえ)
(はい) の方はお薬手帳をご提示下さい。お持ちでない場合は、下にお薬の名前と何の病気のお
薬かお分かりでしたら書いて下さい。
()

8. 今までに薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったことはありますか。
(はい、 いいえ)

9. 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい、 いいえ)

- ※ 院内で診療・リハビリ・会計の際に御名前をお呼びしない方がいい方は受付にご相談下さい。
- ※ 受付された後に外出する場合は必ず外出前に受付に申し出下さい。なお、外出しますと順番が前後する事がございます。ご了承下さい。

身長 (cm) 体重 (kg)

