



ふりがな _____

男性 ・ 女性

年齢 _____ 歳

お名前 _____

ご自宅
電話番号 _____ — _____

生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日

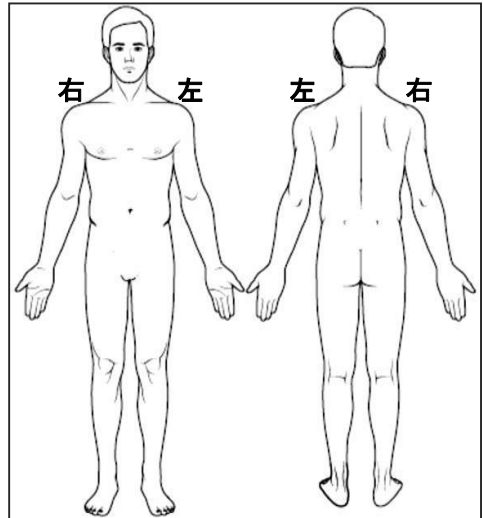
携帯電話
電話番号 _____ — _____

〒 _____

ご住所 _____

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？具体的に記入して下さい。

>いつからですか？（例：3週間前から、昨夜）



《 症状のある部分に○をつけてください 》

>きっかけや原因はありますか？
（例：転んだ、事故、特にない）

>どのような症状ですか？（例：右膝が痛い、左手痺れる）

2. 上記症状について、他院での治療はありますか？

☐はい ☐いいえ

3. 現在、他院で治療中のご病気はございますか？

☐いいえ☐はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 リウマチ 腎臓病 緑内障 その他（ ）

4. 現在、服薬中のお薬はございますか？

☐いいえ ☐はい → お薬手帳をお出し下さい

{

}

5. 手術を受けて体の中に金属やペースメーカーなどが入っていますか？

☐入っていない ☐入っている6. 今までにお薬や注射（麻酔・造影剤など）、食物などでアレルギー症状や
体調不良はございましたか？☐いいえ ☐はい { 原因・症状など }

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。