

はじめて受診される患者さんへ

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大昭平令	年 月 日	性別	男・女
氏 名		才	電 話	()	-	
			携 帯	-	-	
住 所	〒			職業		

●具合の悪いのはどこですか？

(右の図に○をつけて下さい)

●症状はどのようなですか？

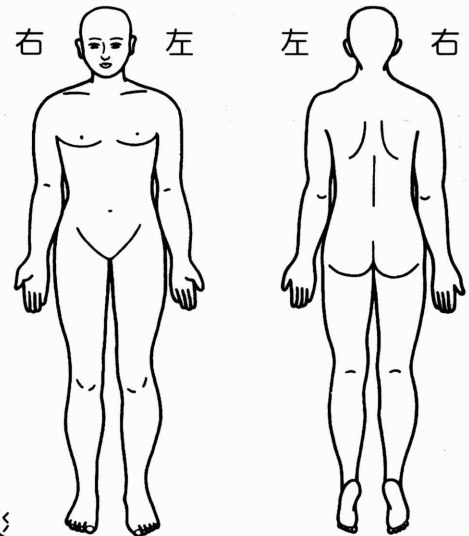
いたい ・ はれている ・ しびれている ・ 不明
その他()

●いつからですか？

年 月 日頃から

●原因は何ですか？

転んだ ・ 打った ・ 落ちた ・ 交通事故 ・ 労災
その他()



●今回の病気で他で診察を受けた方は病院名を記入して下さい

病院名 年 月 から

●今までに長期療養や入院や手術はありますか？

ない ・ ある ()

●現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある (糖尿病・高血圧・心臓病・その他)

●現在、継続して行なっている運動はありますか？

ない ・ ある ()

●薬のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

●小学生以下のかたへ 体重 . kg

●40歳以上のかたへ 要介護認定を受けていますか？ はい ・ いいえ

●女性のかたへ 現在妊娠してますか また 可能性はありますか？ はい ・ いいえ

●マイナンバーカードを利用された方へ 診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました