

初めて診察を受ける方へ

保険証・事故・労災

をしてください

記載年月日：

年

月

日

フリガナ		住所	
お名前		電話	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (才)

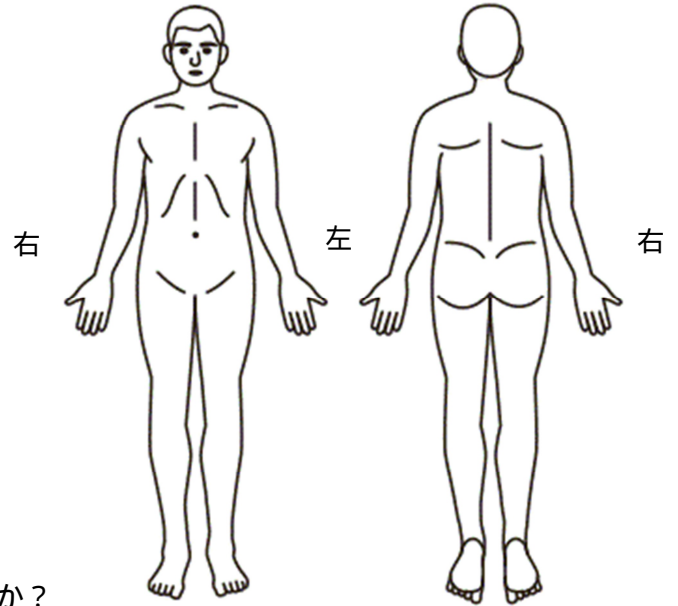
本日の症状について伺います。
どのような症状ですか？

[]

その症状はいつ頃から始まりましたか？
思い当たる原因はありますか？

[]

症状の場所を右の図に マルをして下さい☞



今までに大きい病気や手術をされたことはありますか？

いいえ はい

(例)15才 肺炎

現在、定期的に他の医療機関で治療を受けておられますか？

いいえ

はい (疾患名

医療機関名

)

(内服薬

お薬手帳がありましたら、お出しください)

ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ はい

以前心臓が悪い、不整脈が出たという事がありますか？ いいえ はい

今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合悪くなったことはありますか？

いいえ

はい (薬

)

(食べ物

)

女性にお尋ねいたします。

現在妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ はい

診療についてご希望がありましたらチェックしてください。

注射

骨密度検査

リハビリ

レントゲン

鍼灸

CT・MRI ...精密検査

上記治療・検査は医師の診断のもとに行いますので患者様の病態によっては
ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください

その他何かご希望等がありましたらご記入ください。

[]