

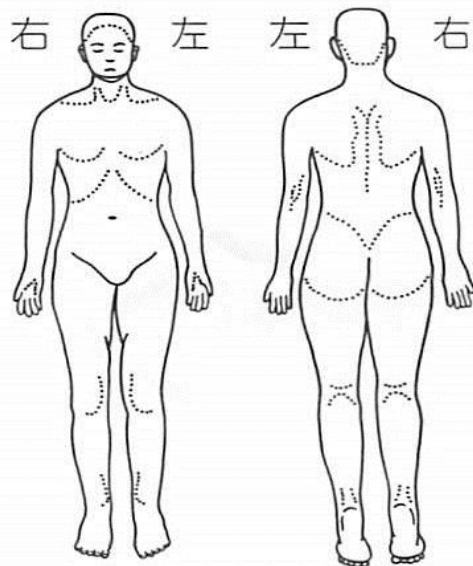
**初** はじめて来院された患者さまへ (記入/○で囲む/□に☑をお願いします) 受診日 年 月 日

**0 紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は受付にご提出ください**

ふりがな 氏名		男・女	年齢 歳	明・大・昭・平 年 月 日				
				職業				
ご住所	〒 -			携帯電話				
				できるだけお書き下さい	身長	cm	体重	kg
				該当あれば	交通事故・労災・学校でのけが			

**1 症状のあるところにしるしをつけてください**

(全身がご心配な場合でも今回受診されるきっかけになった症状についてご記入ください)



指の場合

手指 (右手・左手) 親指 人差し指 中指 薬指 小指  
足指 (右足・左足) 親指 人差し指 中指 薬指 小指

**2 どのような症状がありますか**

痛い・しびれる・だるい・こる・つっぱる・はれている  
冷える・動きがわるい・その他 ( )

**3 症状はいつからですか? (おおよそ)**

年 月 日ごろから

**4 原因はなんですか?**

スポーツ ( 月 日)  交通事故 ( 月 日)  
 特にない  その他 ( )

**5 今回の症状に関してどこかで治療を受けたことがありますか**

いいえ  
 はい ( 病院・医院・接(整)骨院・鍼灸・その他)

**6 今までに病気にかかったことがありますか  いいえ  はい**

はいの場合 心臓病・肝臓病・腎臓病・肺疾患・脳疾患・糖尿病・高血圧症  
低血圧症・リウマチ・ぜんそく・その他 ( )

**7 現在通院している病院・医院はありますか**

いいえ  はい→病名はなんですか (病名: )

**8 現在飲んでいるおくすりはありますか (お薬手帳をおもちであれば受付にご提出ください)**

いいえ  はい→なんのおくすりですか (お薬の名前: )

**9 アレルギー症状がでたことがありますか**

いいえ  はい→飲み薬・注射・シップ・花粉・その他 ( )

**10 今しているスポーツはありますか**

いいえ  はい→野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケ・マラソン・その他 ( )

**11 体内にペースメーカーや手術材料の金属類が入っていますか**

いいえ  はい→ステント・ペースメーカー・プレート・その他 ( )

**12 女性の方へ→妊娠の可能性はありますか  いいえ  はい/現在授乳中ですか  いいえ  はい**

**13 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?**

紹介 ( ) ・インターネット・ホームページ・看板・通りがかり・その他 ( )

→ 65歳以上の患者さまにはうらにも質問がございます



