

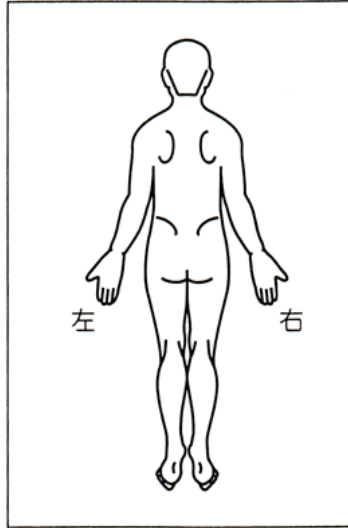
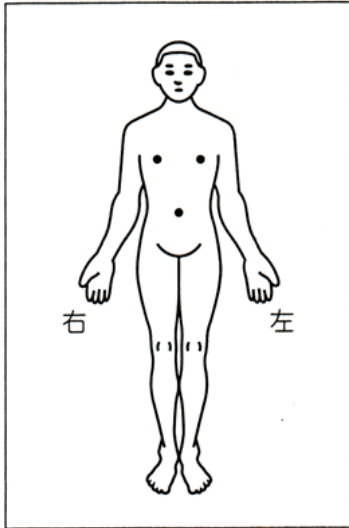
初めて診察を受けられる患者さまに

治療上の参考にいたしますので、お手数ですがご協力下さい。

ふりがな			年齢	満 () 歳	
おなまえ			性別	男性 ・ 女性	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年		月		日
おところ	〒 -				
電話番号	自宅 () -		携帯 () -		
緊急連絡先	() - () 様方				

● 交通事故、労災で来られた方は必ず☑をつけて下さい。 交通事故 労災

● どのような症状でしょうか？下の人体図に○印などで記入下さい。



- けがをした いたい
- しびれる はれている
- その他 (下に具体的にご記入下さい)

● いつ頃からでしょうか？

- 月 日から
- 約 前から

● それには思い当たる原因はございますか？

- ない・わからない
- ある (例 仕事中荷物を持った瞬間痛みが走った)

● 同様の症状で今までに治療を受けられましたか？ (接骨院・鍼灸院での治療も含む)

- いいえ はい (病院・医院・接骨院)

● 現在治療中又は過去に治療を受けた病気は他にございますか？

- ない ある 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
- 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 慢性関節リウマチ
- その他 ()

● 体内金属・ペースメーカー・いれずみなどはありますか？

- いいえ はい (箇所：)

● ご家族にリウマチの方はおられますか？ いいえ はい

● 現在なにかお薬を飲まれていますか？

- いいえ はい ()

● 今までに手術や大きな病気のご経験はございますか？

- いいえ はい (病名：) (歳頃)

● 過去に、お薬や歯科の麻酔薬、食べ物でアレルギー (ショック・じんましん・気分不良等) を起こしたことはございますか？ ない ある (アレルギーの原因と思われるもの)

● 現在介護サービスをうけていますか？

- いいえ はい デイサービス ヘルパー利用 通所リハビリ

● 女性の方におうかがいたします。(※妊娠中の方はレントゲン検査を受けることができません。)

- 妊娠について ない 妊娠している (週)
- 妊娠している可能性がある (最終生理開始日 月 日頃)
- 現在母乳で授乳中ですか？ いいえ はい

● 明細書は必要ですか？ いいえ はい

