

フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日 昭・平・令 年 月 日	年齢 歳	TEL 自宅() 携帯()
(〒 -) ご住所				職業 デスクワーク・営業・力仕事・手仕事・立ち仕事・無職

- ※交通事故や職場・通勤途中でのお怪我ですか？ (はい ・ いいえ)
- ※お薬手帳は持参していますか？(アプリ等含む) (はい ・ いいえ)
- ※他院の紹介状や画像データ(CDなど)はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ※女性の方へ 現在妊娠中またはその可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

1、本日はどうされましたか？(例:痛い、腫れている など)

2、その症状はいつからですか？

3、なにか原因はありますか？(例:転んだ、ぶつけた など)

4、右の絵に症状のあるところを○で囲んでください

5、今回の症状で他の病院を受診しましたか？(はい ・ いいえ)

6、現在治療中、または過去に病気や手術をされたことがありますか？ 当てはまるものに○をつけてください

- ・高血圧 ・糖尿病 ・関節リウマチ ・心筋梗塞 ・不整脈ペースメーカーあり・なし
- ・痛風 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・肝臓病 ・脳梗塞、脳出血 ・緑内障
- ・骨折(部位:) ・骨粗鬆症 ・その他()

7、現在飲んでいるお薬はありますか？ はい()・いいえ

8、今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい()・いいえ

9、介護認定を受けていますか？また、介護保険証はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
はいと答えた方は当てはまるものに○をつけてください(要支援 1・2/要介護1・2・3・4・5)

10、現在、保険を使用して デイケアやデイサービス・訪問リハビリはご利用されていますか？
はい(デイケア・デイサービス・訪問リハビリ)・いいえ

11、現在、保険を利用して 接骨院・整体・鍼灸院・他院のリハビリに通われていますか？
はい(健康保険・自賠責保険) / いいえ

12、当院をどの様にお知りになりましたか？当てはまるものに○をつけてください
・インターネット(検索ワード:)・Instagram・看板・知人・家族・通りがかり・他院紹介

