

はじめて来院された方へ

下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。

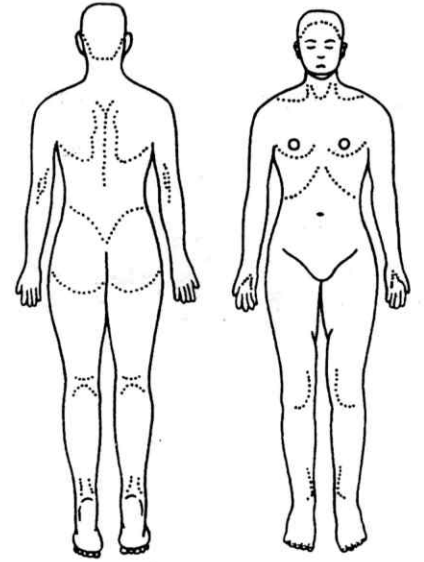
平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前			被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒		電話		()	

(1)①. どうなさいましたか? どこが? (身体の悪い部分に○をつけてください) ↓

②. どんなふうに、悪いのですか?

痛い しびれる おもい こる
 つっぱる はれている 動きが悪い
 冷える 骨折と言われた
 その他 _____



③. いつからですか?

(日から) (日位前から)

④. それについて治療を受けたことがありますか?

ない, ある

⑤. それについて手術を受けたことがありますか?

ない, ある

(2). 今までにどんな病気をしましたか? ない ある

ある場合 → 心臓病, 肝臓病, 腎臓疾患, 肺疾患, 脳疾患,
 糖尿病, 高血圧症, 低血圧症, リウマチ, 喘息
 その他 _____

(3). 現在、他の病気で通院していますか? していない している

(4). 現在飲んでいる薬がありますか? ない ある

(5). ①. 薬や食べ物で体に異常がおきたことがありますか? ない ある

ある場合 → それはどんな薬ですか ()

②. 貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか? ない ある

(6). 抗生物質を使用したことがありますか? ない ある

(7). 少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか? ない ある

(8). 血液型は (A型, B型, O型, AB型), Rh (+・-)

(9). いままでに局所麻酔をしたことがありますか? (抜歯など) ない ある

(10). 女性の方に 現在妊娠中ですか? いいえ はい (ヶ月)

介護保険あり なし