

# はじめて来院された方へ

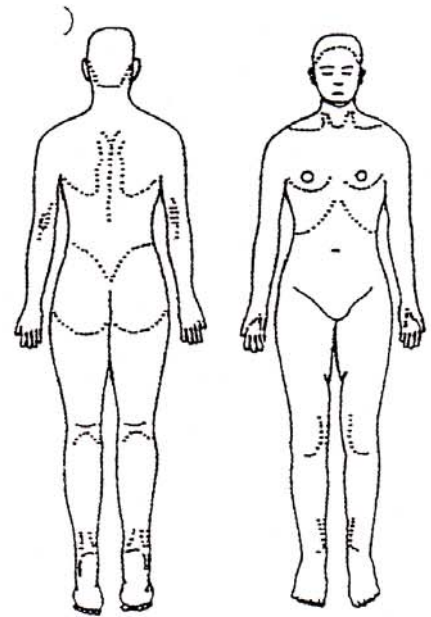
〔下記の項目について  
記入もしくは○で  
囲んでください。〕

平成 年 月 日

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

(1). どうなさいましたか？(身体のおかしい部分に○をつけてください) ↓

- ①. どの症状でおかかりですか？ ( )
- ②. どんなふうに、おかしいのですか？  
 痛い しびれる おもい だるい  
 はれている かゆい 動きが悪い  
 圧迫感がある はる感じがする  
 その他 \_\_\_\_\_
- ③. いつからですか？ ( )
- ④. それについて治療を受けたことがありますか？  
 又は、現在うけていますか？  
 ない, 過去にある, 現在うけている
- ⑤. 手術を受けたことがありますか？  
 ない, ある



(2). 今までに大きな病気をしたことがありますか？ 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 ( \_\_\_\_\_ 科)

(4). 現在飲んでいる薬がありますか？ ない ある

(5). ①. 薬や食べ物で発疹がで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). アレルギーがあると言われた事がありますか？ 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 (+・-) 知らない

(9). 女性の方に 現在妊娠中ですか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)