

初めて診療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		交通事故・労災は○をつけて下さい
おなまえ		様 ・交通事故 ・労災
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	当院を何でお知りになりましたか？複数可 ・病院、医院からの紹介 () 病院 ・知人、家族からの紹介 () 様から ・広告、看板を見て ・インターネット ・その他
年齢・性別	満()歳 男性・女性	
おところ	〒	
電話番号	() -	
上記以外の連絡先	() - () 様方	

●過去にお薬や歯科も麻酔薬、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、治療中また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 不整脈 狭心症または心筋梗塞 腎臓病
高脂血症 糖尿病 慢性関節リウマチ 胃・十二指腸潰瘍
その他（ ）

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

いいえ はい（ ）（ ）
（ ）（ ）
（ ）（ ）

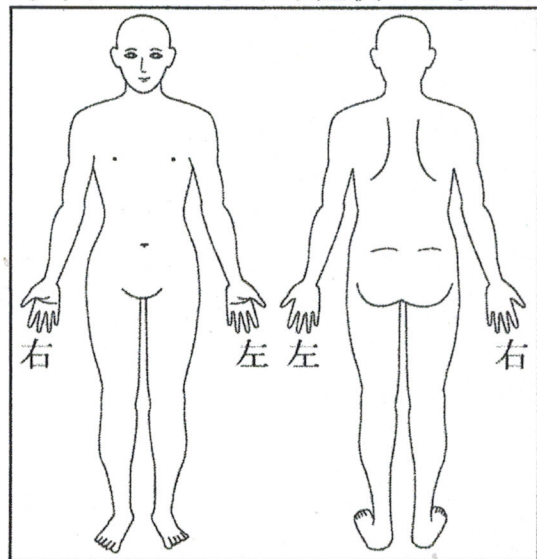
●今までに手術や大きな病気のご経験はございますか？

ない ある（病名）（ ）（ ）歳頃

●女性の方にお伺いたします

■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（最終整理開始日）月 日頃
■現在、母乳で授乳中ですか？ いいえ はい

●本日はどのような症状でしょうか？下の人体図に○印などでご記入下さい



●症状を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

●それに思い当たる原因はございますか？

ない・わからない
ある（例 工作中、荷物を持った瞬間に痛みが走った）

[]

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

いいえ はい

ご協力ありがとうございました