

〔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	生 年 月 日
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

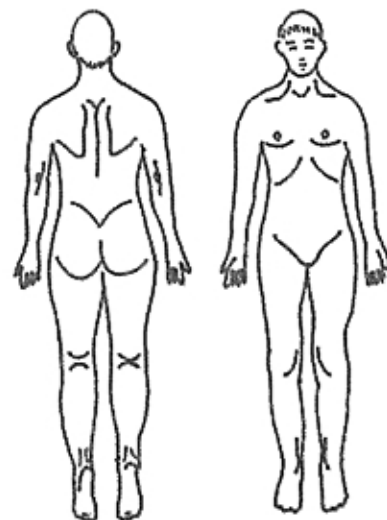
A どうなさいましたか。

[ ]

① 身体の悪い部分に○をつけてください。

② どんなふうに悪いですか？

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・はれている  
むくんでいる・熱がある・切れている・だるい・ふらつく  
その他 [ ]



③ いつからですか？ [ 日ぐらい前から ]

④ そのケガは 交通事故 ・ 仕事中 ・ その他

⑤ それについて治療をうけた事がありますか？ ある ・ ない

⑥ それについて手術をうけた事がありますか？ ある ・ ない

⑦ 問⑤・⑥で、あるに○をつけた方に

どちらの病院・医院さんですか

[ 病院・医院 ]

B かかったことのある病気に○をつけてください。

心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 肺疾患 ・ 脳疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症  
低血圧症 ・ リウマチ ・ ぜん息 ・ その他 [ ]

C 現在飲んでいる薬がありますか？

ない ・ ある 具体的に [ ]

D 薬や食べ物でショックや発疹がでたことがありますか？ ある ・ ない

① ある場合 → 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 ある ・ ない

E 女性の方におたずねします。

ア. 妊娠している    イ. 授乳している    ウ. どちらでもない    エ. わからない

当院を何でお知りになりましたか？ 該当するものに○をつけてください。

ア. ご家族・友人の紹介    イ. 病院・施設などからの紹介    ウ. インターネット  
エ. 広告等    オ. 病院の前を通過    カ. その他