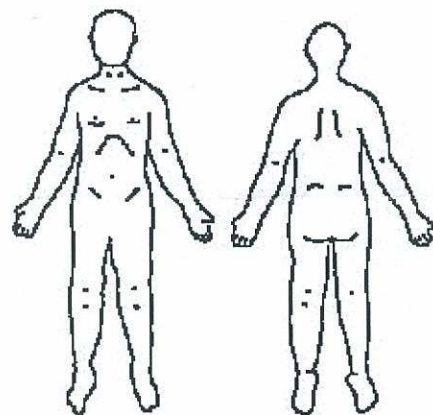


初めて受診 される方へ

平成 年 月 日

診察を受ける方	ふりがな	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生		
	氏名	男・女 ()才		
	住所	〒 (郵便番号は必ずご記入ください) TEL () - 携帯() -		
	職業	(具体的にお書きください)	勤務先	TEL () -
	身長	cm	体重	kg

- ①今日は何処が具合が悪くて、来院されましたか？ *必ず言え下さい*
 (右の絵に○をつけて下さい。)
 (例)腰痛が酷い。階段で転倒し、右足をぐねった。など分かる範囲で
 ご記入下さい。



- ②その症状はいつ頃からですか？

- ③現在、病気でほかの医院、病院にかかっていますか？服用中の薬がありますか？

病名 ()
 ・ない ・ある 病医院名 ()
 服用薬 ()

- ④アレルギー体質と言われたことがありますか？

・ない ・ある (具体的に) ()

- ⑤薬や注射でショックを起こしたり、薬を飲んで皮膚に発疹が出たことがありますか？

・ない ・ある (具体的に) ()

- ⑥今までに病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

・ない ・ある 糖尿病・高血圧・心疾患・結核・肝臓病・腎臓病
 その他 ()

- ⑦日常生活についておたずねいたします。

(1) スポーツや運動をしていますか？ それほどのようなスポーツですか？
 ・いいえ ・はい (具体的に) ()
 (2) タバコは吸いますか？
 ・いいえ ・はい (1日に 本、 才から)
 (3) アルコールは飲みますか？
 ・いいえ ・はい (1日に酒 合、ビール 本、ウイスキー 杯)

- ⑧女性の方へ

現在妊娠中ですか？ ・はい ・可能性あり ・いいえ

- ⑨体内金属はありますか？(心臓ペースメーカー、動脈瘤クリップなど)

・ない ・ある (具体的に) ()

- ⑩当院を何でお知りになりましたか？

・知人の紹介 ・看板 ・近隣なので ・その他()

- ⑪希望する検査はありますか？

・骨密度(骨粗鬆症の検査) ・動脈硬化(血管のつまり、硬さの検査)