

ふりがな		性別 (男 ・ 女)	生年月日
お名前		身長 cm	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
		体重 kg	
		利き腕 (右・左)	
★ 他院からの紹介状や画像のデータ持参はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
★ 服用中のお薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
★ お薬手帳はお持ちですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
★ 血液をサラサラにするお薬やステロイドは飲んでいますか? <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ			
本日の症状について教えてください			
★診察希望部位が3個以上の時は優先的に診察してほしい部位に2つ○して下さい。		いつから (症状の出た時期)	どんな症状ですか (例: 痛い・しびれる・腫れている・動きが悪い)
★	部位		
<input type="checkbox"/>	右・左 肩		
<input type="checkbox"/>	くび・腰・背中		
<input type="checkbox"/>	右・左 ひじ・手		
<input type="checkbox"/>	右・左 股関節 (あしのつけね)		
<input type="checkbox"/>	右・左 ひざ・足・かかと		
<input type="checkbox"/>	その他 ()		
思い当たる原因はありますか?			
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> その他			
下記に該当しますか?			
<input type="checkbox"/> 交通事故 (月 日) <input type="checkbox"/> 仕事、通勤中 <input type="checkbox"/> 学校や通学、部活中 <input type="checkbox"/> 該当しない			
★★現在妊娠中・授乳中ですか? ※女性の方は必ずチェックして下さい			介護保険の申請状況
妊娠中	<input type="checkbox"/> はい ※左記あてはまる方は必ず直接医師にもお伝え下さい。		未申請
授乳中	<input type="checkbox"/> はい レントゲン撮影やお出しする薬に制限があります。		要支援 1 ・ 2
	<input type="checkbox"/> どちらもあてはまらない		要介護 1. 2. 3. 4. 5
アレルギーについて			
★薬のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()			
お仕事や普段しているスポーツ			
<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> よく歩く <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 医療・介護職 <input type="checkbox"/> 無職			
<input type="checkbox"/> 学生 (学校名) <input type="checkbox"/> その他 ()			
★普段しているスポーツと頻度 ()			
現在治療中や今までに言われた事のある病気について			
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (A1c) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風			
<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (麻痺 右・左) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧			
<input type="checkbox"/> 手術をしたことはありますか? (手術部位/いつ頃:)			
下記で要望する項目があれば教えてください			
<input type="checkbox"/> 骨密度検査をしたい (これまでに検査したことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン			
<input type="checkbox"/> 理学療法士によるリハビリや物療 (器械を使ったリハビリ) をしたい <input type="checkbox"/> 運動やストレッチを教えて欲しい			
<input type="checkbox"/> すぐに痛みを取って欲しい (ブロック注射や強い薬をつかってでも直ぐに痛みをとりた)			
<input type="checkbox"/> じっくり痛みを取って欲しい (注射や強い薬は希望しないが痛みを取る方法を相談したい)			

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。