

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？ はい いいえ
- ★ 服用中のお薬はありますか？ はい いいえ
- ★ お薬手帳はお持ちですか？ はい 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？ はい（ ） 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・背中・腰		
<input type="checkbox"/>	右・左 ひじ・手くび・手のひら・手のゆび		
<input type="checkbox"/>	右・左 股関節（あしのつけね）		
<input type="checkbox"/>	右・左 ひざ・足くび・足の甲・足のゆび		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

### 思い当たる原因はありますか？

- 不明 ぶつけた 転倒 スポーツ その他（ ）

### 下記に該当しますか？

- 交通事故（ 月 日） 仕事、通勤中 学校や通学、部活中 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

### 下記で要望する項目があれば教えてください

- 骨密度検査をしたい（検査経験 ある ない） セカンドオピニオン 継続通院はむずかしい
- 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 運動やストレッチを教えて欲しい
- 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い）
- 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）

### アレルギーについて

- ★薬のアレルギーはありますか ない ある（ ）

### お仕事や普段しているスポーツ

- デスクワーク よく歩く 力仕事 立ち仕事 医療・介護職 無職
- 学生（学校名 ） 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

- 糖尿病（A1c ） 緑内障 骨粗鬆症 心臓病 ペースメーカー 喘息 痛風
- 脳梗塞（麻痺 右・左） 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 高血圧 不整脈
- 手術をしたことはありますか？（手術部位/いつ頃： ）

※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。