

ふりがな		性別（男・女）	生年月日
お名前		身長	cm
		体重	kg
		利き腕（右・左）	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）

★ 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

★診察希望部位を ☒ してください 複数ある場合は症状の強い順に2か所までご記入ください 例： ☒ 肩 ☒ ひじ	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		
右・左 ☐ 肩		
☐ くび ☐ 背中 ☐ 腰		
右・左 ☐ ひじ ☐ 手くび ☐ 手のひら ☐ 手の指		
右・左 ☐ 股関節（あしのつけね）		
右・左 ☐ ひざ ☐ 足くび ☐ 足の甲 ☐ 足の指		

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 ☐ 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 ☐ 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
☐ 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 ☐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： ）

下記で要望する項目があれば教えてさい

☐骨密度検査をしたい（これまでに検査したことが ☐ある ☐ない） ☐セカンドオピニオン ☐継続通院は難しい

☐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）

※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。