

ふりがな		(〒 -)	
氏 名		住所	
		※緊急時の連絡先として必ず自宅・携帯ご記入をお願いします	
男・女		自宅()	— / なし
THSR 年 月 日 歳		携帯()	— / なし
職業/仕事内容		身長()cm 体重()kg	

◆該当するところに○を付けてください。

①今日見てもらいたいところはどこですか？ 下図へ○を付けてください

②それはどのような症状ですか？

痛み 腫れ しびれ キズ 熱をもっている
その他()

③受傷日、または症状が出たのはいつ頃ですか？

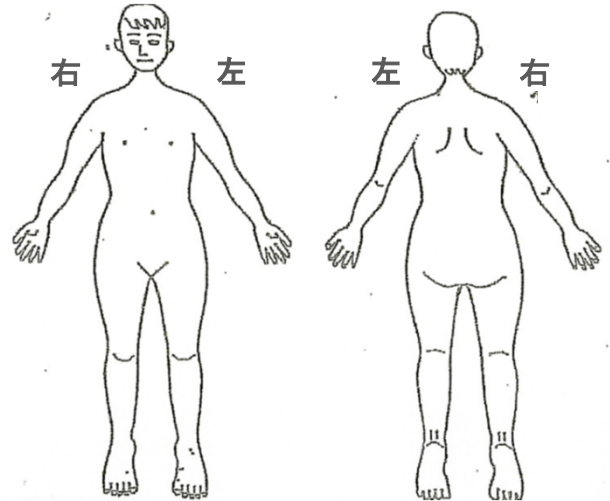
()年()月()日

④交通事故や仕事・通勤中のお怪我ですか？

いいえ 交通事故 仕事・通勤中の負傷

労災になる可能性が...

ない ある



⑤何をして、どうなりましたか？、また交通事故の方は受傷時の状況をご記入下さい。

詳しくご記入下さい

⑥現在治療を受けている病気がありますか？

いいえ 高血圧 心臓病 糖尿病 高脂(コレステロール)血症 胃・十二指腸潰瘍
感染症(肝炎など) 喘息 緑内障 その他()

⑦以前治療していた病気がありますか？ ある場合は何の病気かご記入ください。

ない ある()

⑧手術されたことはありますか？ ある場合は何の手術かご記入ください。

ない ある()

⑨薬・注射・食べ物のアレルギーはありますか？ ある場合は何のアレルギーかご記入ください。

ない ある()

⑩湿布にかぶれやすいですか？

いいえ はい

⑪夜はよく眠れないですか？

いいえ はい

⑫女性の方へ 現在妊娠中、または可能性がありますか？

いいえ はい(か月)

現在 授乳中ですか？

いいえ はい

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。正確な情報を活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ください。

医療情報取得加算(初診時)
保険証確認 3点
マイナンバーカード確認 1点