番号　　記入日：令和　　年　　月　　日

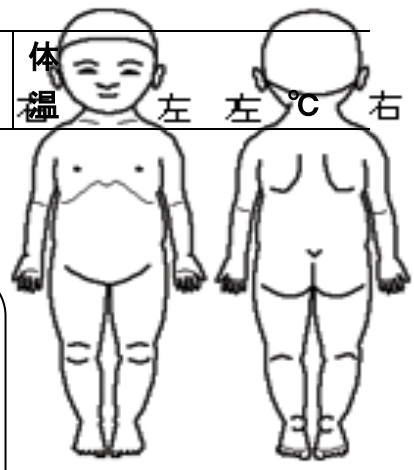
ふりがな： 御名前　： 様	男 ・ 女

御住所：〒

ＴＥＬ　：　　ー　　ー	携帯：　　ー　　ー

生年月日：大正　昭和　平成　令和　　年　　月　　日生（　　才）

職業：	身長：　　ｃｍ	体重：　　ｋｇ	体温　　℃



【1】 症状の詳細についてご記入ください。
（紹介状があればご提示お願いします。）

いつから　：
どこに（右図に示してください）
どのような：

【2】現在他の医療機関に通院していますか？
通院している場合、医療機関名とそちらでの診断、検査、治療内容をご記入ください。

・いいえ　　・はい

医療機関名：
受診日　　：
治療内容

【3】お薬や食べ物などでアレルギーがありましたか？ 当てはまる項目に〇をつけてください。

・アルコール　・消毒液　・局所麻酔　・お薬　・食べ物（　　）

【4】これまでに病気にかかったことはありますか？

・高血圧　・糖尿病　・喘息　・胃潰瘍　・緑内障　・前立腺肥大　・心臓血管疾患

・脳血管疾患　・精神疾患　・その他の病気は下記に記載お願いします。

病名：　　医療機関名：

時期：　　治療内容　：

【5】今飲んでいる薬はありますか？（市販薬を含む）
・なし　　・あり（　薬の名前：　　）

【6】血が止まりにくい・皮下出血になりやすいですか？　・いいえ　・はい

※裏面に続きます。

【7】湿布薬はかぶれやすいですか？　・いいえ　・はい
注射（神経ブロック等）での治療を希望されますか？　・いいえ　・はい
薬の形状に希望はありますか？　・粉薬　・錠剤　・どちらでも大丈夫

その他に何か治療に対して要望はありますか？
何かある場合下記にご記入ください。

【8】タバコは吸われますか？　・いいえ　・はい　１日（　　本）　喫煙期間（　　間）
お酒は飲まれますか？　・いいえ　・はい　１日（お酒の種類：　量：　　）
食欲はありますか？　・はい　・いいえ
睡眠は十分とれていますか？　・とれている　・とれていない
排尿の状態はどうですか？　・問題ない　・出にくい
患部の麻痺やしびれなどがありますか？　・感じる　・感じない
患部を温めると、痛みが改善しますか？　・改善　・変わらない　・悪化

【9】妊娠の可能性はありますか？　・いいえ　・はい（妊娠：　　週目）　・授乳中

【10】同居している家族は居ますか？

番号　　記入日：令和　　年　　月　　日

・居ない　・居る　間柄（　　）

【11】血縁の方で病気になった方は居ますか？

・居ない　・居る　（間柄　：　　何の病気　：
：　　：
：　　：）

【12】このクリニックを何でお知りになりましたか？

・看板（場所　：　　）　・紹介　　・インターネット　　・その他（　　）