

番 号 記入日：令和 年 月 日

ふりがな
お 名 前： 様 男・女

ご 住 所： 〒

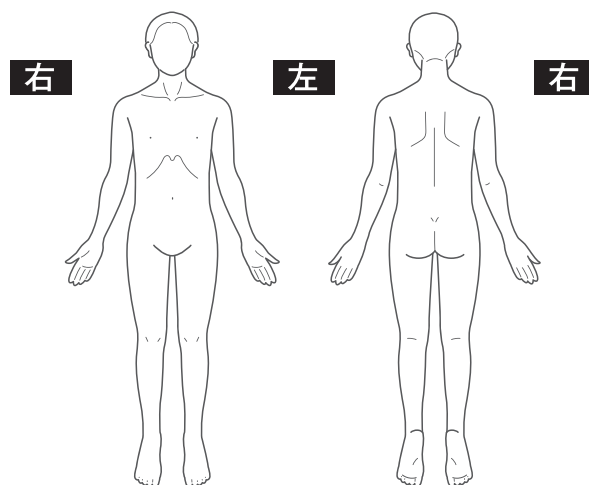
T E L： — — 携 帯： — —

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： °C

【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○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：)

※裏面に続きます。

- 【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
- 【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） ・ 授乳中

- 【10】同居している家族は居ますか？ ・ 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（ ）