

はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生(才)
お名前			電話()			
ご住所	〒					

〔1〕. ①. 交通事故やお仕事中のケガですか? はい いいえ

②. どうなさいましたか? どこが? (身体の悪い部分に○をつけてください) ↓

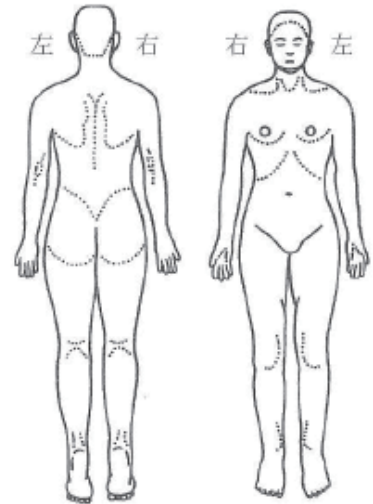
③. どんなふうに、悪いのですか?

痛い しびれる おもい こる

つっぱる はれている 動きが悪い

冷える 骨折と言われた

その他 _____



④. いつからですか?

(日から) (日位前から)

⑤. それについて治療を受けたことがありますか?

ない ある

⑥. それについて手術を受けたことがありますか?

ない ある

〔2〕. 今までにどんな病気をしましたか? ない ある

ある場合 → 心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 脳疾患

糖尿病 高血圧症 低血圧症 リウマチ 喘息

その他 _____

〔3〕. 現在、他の病気で通院していますか? していない している

〔4〕. 現在、飲んでいる薬がありますか? ない ある

ある場合 → それはどんな薬ですか ()

〔5〕. ①. 薬や食べ物で発疹がでたことがありますか? ない ある

ある場合 → それはどんな薬ですか ()

②. 貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか? ない ある

〔6〕. 抗生物質を使用したことがありますか? ない ある

〔7〕. 少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか? ない ある

〔8〕. 血液型は (A型 B型 O型 AB型), Rh (+・-)

〔9〕. いままでに局所麻酔をしたことがありますか? (抜歯など) ない ある

〔10〕. 女性の方に 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか?

いいえ はい (カ月)

〔11〕. 当院をどのようにお知りになりましたか?

a. 外看板

b. 他院からの紹介

c. ホームページ (インターネット検索)

d. 電話帳・タウンページ

e. 町会の回覧・名簿など

f. 各種講演会や勉強会 g. パンフレット・その他 ()

h. 紹介 ※差し支えなければご紹介者名を教えてください () 様