

ご来院された方へ（下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい）

| | | | | |
|------|-----|-------------|-------------------|--|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） | |
| お名前 | | | 職業 | |
| ご住所 | 〒 — | 電話 | | |
| | | 携帯 | | |

1. (女性の方へ) 妊娠の可能性がある場合、レントゲンは撮れません。

※ 現在、妊娠または妊娠の可能性がありますか？（はい・いいえ）

※ 授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ） 赤で○を付けて下さい。

2. 本日はどのような症状ですか？

痛い・しびれ・おもい・こる・つっぱる・腫れている

動きが悪い・その他（ ）

3. 何をして受傷しましたか？

(ア) 工作中 (労災) (イ) 交通事故 (ウ) その他（ ）

・ 工作中・交通事故の場合、どのような場面でしたか？（ ）

4. いつからですか？（受傷日）

（ 月 日 ）（ 日前から ）

5. 当院の前にどこか別の病院を受診されましたか？ はい ・ いいえ

紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

6. お薬を飲んでいますか？(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

・ はい いいえ

7. お薬で副作用が出たことがありますか？

(内服：)

(注射・麻酔：)

(湿布まけ： する ・ しない)

8. 既往歴 (○を付けて下さい)

脳梗塞・肺疾患・高血圧・ぜんそく

(その他)

心臓疾患 (ペースメーカー・ステント・等)

整形外科 (人工関節など)

感染症 (B型肝炎・C型肝炎) その他 ()

※何を見て当院をお知りになりましたか？

当院ホームページ 看板(電柱) 広告(仙台 89ERS) 知人紹介 ネット

他医療機関からの紹介(医療機関名：)

その他 ()

ご記入有難う御座いました。

