

フリガナ 名 前	(生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日) 年齢 歳			
〒 住 所	(□男 □女)		ご職業:	
電話番号	-	-	緊急連絡先 (携帯電話)	-
緊急連絡先 (ご本人以外)	-	-	身長	cm 体重 kg

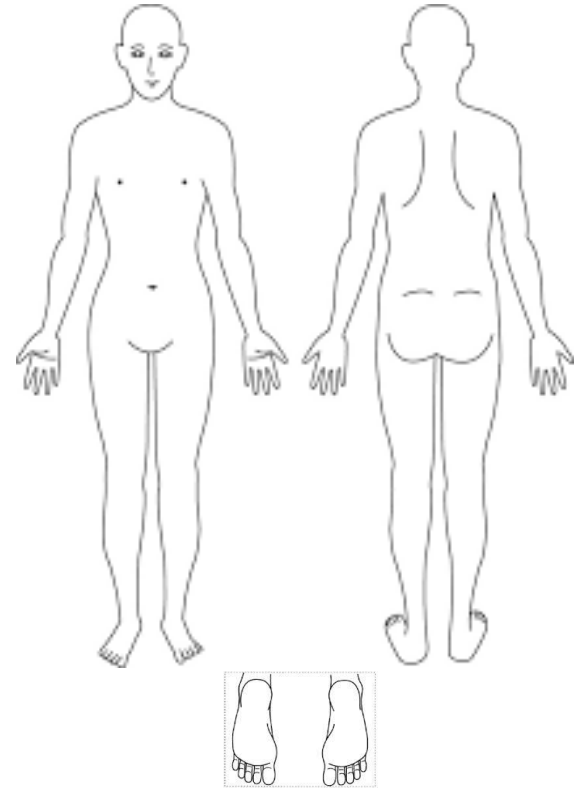
1. 右の図で症状のあるところに○を付けてください

2. いつごろから症状がありましたか？

<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> () 日前
<input type="checkbox"/> () 週間前	<input type="checkbox"/> その他 ()	

3. どのような症状がありますか

<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しびれる	<input type="checkbox"/> 動かしにくい
<input type="checkbox"/> その他 ()		



4. 思い当たる原因はありますか？

<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 勤務中の災害	<input type="checkbox"/> 通勤中の災害
<input type="checkbox"/> スポーツ中 ()		<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> その他 ()	

5. 今回の症状で、他の病院、診療所を受診されましたか？

いいえ はい 紹介状 あり なし

6. 現在、治療中の病気はありますか？ 特に無い

<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 甲状腺 (橋本病・バセドウ病)
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c _____ ・インスリン中)		<input type="checkbox"/> 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全)	
<input type="checkbox"/> その他 ()			

毎週金曜日(午前)に内科の診察があります。受診を希望されますか？ 希望する 希望しない

7. 体内に金属などが入っていますか？

<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> アートメイク・刺青	<input type="checkbox"/> ステント ()
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> なし

8. 何か薬を飲んでいますか？

※おくすり手帳などお持ちの方はご用意ください

なし ある (くすりの名前 _____)

血液をサラサラにする薬を 飲んでいる 飲んでいない わからない

9. 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？

薬のアレルギーがある (くすりの名前 _____) わからない

麻酔のアレルギーがある (いつ、どんな時 _____) 特にない

10. 女性の方への質問です

妊娠していない 妊娠している わからない 授乳中

11. 当院をどのようにお知りになりましたか

家族・知人 新聞、テレビ、雑誌 インターネット 当院ホームページ その他

12. 65歳以上の方にお聞きします。現在デイサービス又はデイケアをご利用中ですか？

利用中 利用していない