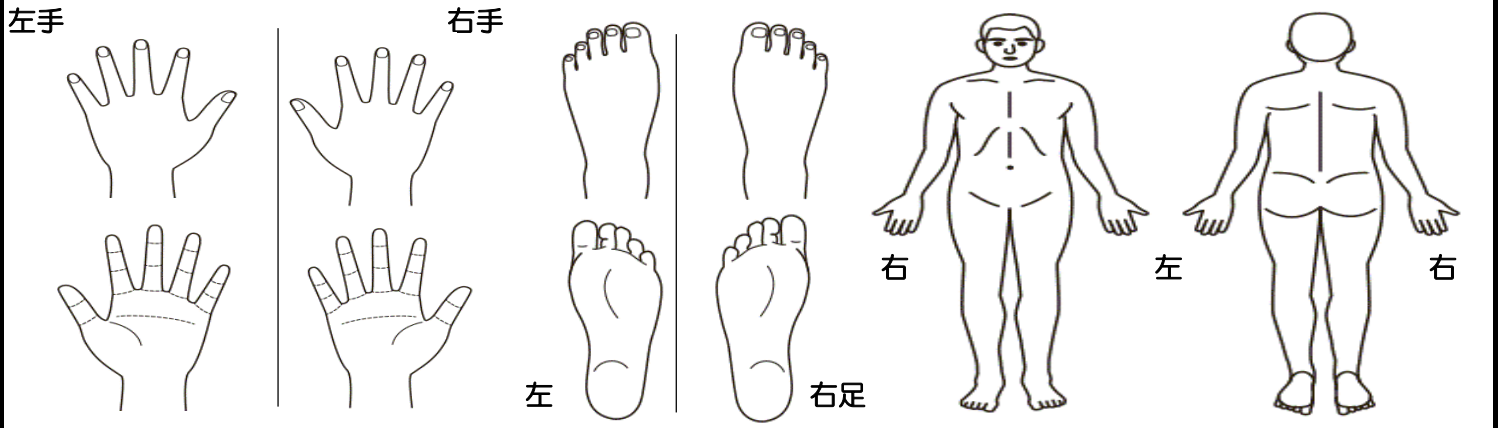


氏 名		歳	男	身長	cm	体重	kg
			女				
職 業			スポーツ歴		(年)		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか ☐ する ☐ しない ☐ 持っていない

1. いつからお困りですか 年 月 日 頃から	2. 発症原因に心当たりはありますか ☐ 交通事故 ☐ 工作中的の怪我 ☐ スポーツ ☐ 転倒した ☐ ぶつかった ☐ ひねった ☐ その他 ()
3. どのような症状ですか ☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れている ☐ 動きが悪い ☐ その他 ()	
4. 症状がある部位はどこですか 図の中に○をつけてください	
左手 右手  左 右足 右 左 右	
☐ 症状の引き続き治療 ☐ お薬が無くなった ☐ 証明書・診断書等の希望	

この症状で、治療を受けたことはありますか ☐ いいえ ☐ はい

現在飲んでいるお薬はありますか ☐ いいえ ☐ はい (お薬手帳 : ☐ あり ☐ なし)

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 前立腺肥大

☐ 痛風 ☐ 緑内障 ☐ 胃潰瘍 ☐ 脳梗塞 ☐ リウマチ

☐ その他 () ☐ なし

お薬や食べ物のアレルギーはありますか	
お 薬 : ☐ いいえ ☐ はい	お薬名 : 症 状 :
食 べ 物 : ☐ いいえ ☐ はい	食べ物名 : 症 状 :

タバコは吸いますか ☐ 現在も吸っている ☐ 以前吸っていた ☐ 吸わない

1日の喫煙本数 (本) × 喫煙年数 (年)

女性の方のみお答えください

妊娠中ですか : ☐ いいえ ☐ はい (妊娠 : 月) ☐ 可能性がある

授乳中ですか : ☐ いいえ ☐ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。