

フリガナ			男・女	職業
氏名	様			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才)			
住所	(〒 )			
電話番号	自宅	-	携帯	-
65歳以上の方は必ず記入してください				
介護保険	<input type="checkbox"/> 利用している		<input type="checkbox"/> 認定を受けていない	
			<input type="checkbox"/> 申請中	
利用されている方へ → <input type="checkbox"/> 当医院のサービス利用中 <input type="checkbox"/> 他の事業所サービスを利用中				

1) 今日どのような症状で来院されましたか？

お薬の継続処方のみ希望 前回診察時と同様の症状

新規の症状の方は下記に記載して下さい。

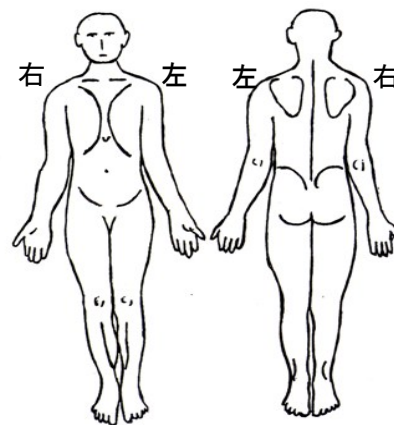
・症状の部位 ( )

身長・体重・症状のある部位を右の図で示して下さい。

・どのような症状ですか？ ( )

・その症状はいつからですか？ ( 月 日 )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg



受傷原因 日常生活で受傷 交通事故  
業務中(労災) スポーツ中  
その他(特になし)

現在他の整形外科に通院していますか？ いいえ はい ( )

MRI検査を希望しますか？ いいえ はい

2) 今までにかかった病気や手術、または現在治療中の病気がありますか？

ない ある→○を付けて下さい ・脳梗塞 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病  
 ・肝臓病 ・糖尿病(HbA1c \_\_\_\_\_ インスリン

手術歴( )

3) 現在服用している薬がありますか？ ない ある 以下に記入して下さい

・そのお薬は血液をさらさらにするお薬ですか？ いいえ はい(薬名 )

・その他服用しているお薬と症状を記入して下さい( )

・お薬手帳 ない ある 忘れた

4) 食物や薬のアレルギーはありますか？ ない ある その他

ある方は記入して下さい 食物( ) 薬( )

5) 女性の方へ 現在妊娠していますか？ はい 可能性はある いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

※診察終了時の時間帯により、リハビリは次回来院時からとなる場合があります。ご了承下さい。

裏面も記入してください

# スポーツをされている方へ

スポーツは何年されていますか？		年
週何日の練習で1日の練習時間：		日/週
		時間/1日
1	学校名： クラブチーム名：	
2	スポーツ種目： ポジション・種目：	
3	利き手・利き足：	
4	症状が出たきっかけ・原因を教えてください	
5	いつから症状が出てきましたか？ H 年 月 日頃から	
6	スポーツ中、痛みが出る具体的な動作を教えてください	
7	近く試合日はいつですか？ 大会→ 月 日. 月 日 練習試合→ 月 日. 月 日	
8	他に質問等	

※下記はスタッフ記入欄です

9	経緯や対応内容等	
10	紹介者名	指導者名