

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男性・女性	M・SH・年 月 日 歳
ご住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()

① 本日はどのような症状で来院されましたか 痛みの治療 その他

()

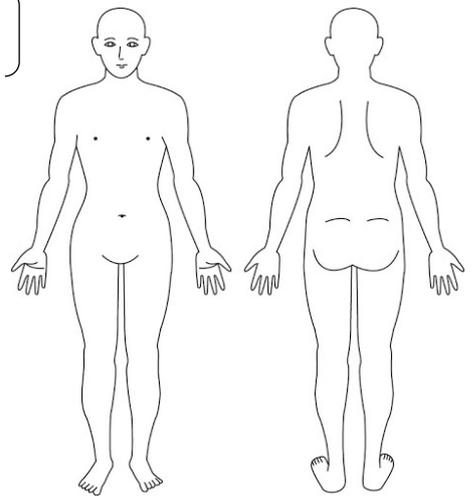
② その症状はいつ頃からですか? ()

③ 症状があるところに丸をしてください

④ 今までにその症状をどこかで診てもらいましたか?

はい いいえ 「はい」とした方は詳しくご記入ください

()



④ 今までにどのような治療を受けましたか?

薬 注射 その他 「その他」とした方は詳しくご記入ください

()

④ 今までにかかったことのある病気 現在治療中の病気はありますか?

なし ある 「ある」とした方は詳しくご記入ください

高血圧 糖尿病 不整脈 狭心症 心筋梗塞 高脂血症 高コレステロール血症

脳梗塞 脳出血 緑内障 白内障 気管支喘息

⑤ 現在内服されてるお薬はありますか?

なし あり ()

⑦ アレルギーはありますか?

なし あり (食べ物 薬 その他)

⑧ 注射や薬で気分が悪くなったことはありますか?

はい いいえ 「はい」とした方は詳しくご記入ください ()

⑨ 飲酒歴について

全く飲まない 機会があれば飲む 週2回以上飲む

⑩ その他何かあればご記入ください

()