

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

( )

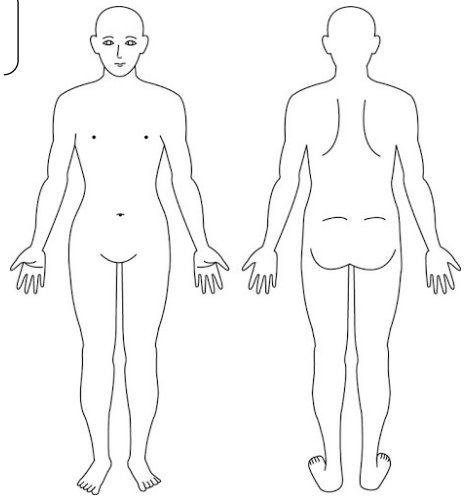
② その症状はいつ頃からですか? ( )

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

( )