

正しい治療を行う参考にいたしますのでご記入ください。

ふりがな		男・女	住 所	
氏 名			T E L	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	才	職 業	

(1) 現在一番辛くて、具合の悪い場所に○をつけて下さい。

(2) 具合の悪い内容は何ですか？  
 痛い しびれる おもい つっぱる はれている  
 変形 動きが悪い 冷える 骨折といわれた  
 その他 \_\_\_\_\_

(3) それはいつごろから、はじまりましたか？  
 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 または \_\_\_\_\_位前から

(4) 原因は何ですか？  
 または思い当たることがありますか？  
 交通事故 労災(工作中・通勤) その他 \_\_\_\_\_

(5) 1に対してどこかで治療をしていましたか  
 ① なし  
 ② あり ・ どのような治療ですか \_\_\_\_\_

(6) 今まで薬や麻酔薬でアレルギー(副作用)がありますか  
 ① なし  
 ② あり ・ どのような薬でどのようになりましたか  
 \_\_\_\_\_

(7) 今まで大きな病気やケガをしたことがありますか。  
 また、現在他に治療中の病気がありますか。  
 ① なし  
 ② あり ・ どのような病気ですか (○をつけて下さい)  
 消化器の病気 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 その他 \_\_\_\_\_

(8) 診察の結果、検査・薬・注射等の治療の必要がある時、それを希望なさいませうか  
 ① 希望する ②希望しない  
 ②の場合、希望しないものに○をつけて下さい。  
 レントゲン検査 血液検査 薬 注射

(9) 女性の方へ…。 現在妊娠している可能性がありますか  
 あり \_\_\_\_ヶ月 なし

(10) 介護保険証はありますか  
 ① なし  
 ② あり (○をつけてください) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

(11) 介護サービスを利用していますか  
 利用している 利用していない

(12) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。  
 インターネット ・ 広告( 駅看板 ・ 電柱 ・ バス ) ・ 紹介( 家族 ・ 友人、知人 ・ 他院 )

(13) 健康づくり、体力向上などに興味はありますか  
 ① 興味あり ② 興味なし  
 ① 興味ありの場合、当クリニックによる健康教室などの開催を希望されますか  
 ① 希望する ② 希望しない( 理由: \_\_\_\_\_ )

