

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 (約) _____ kg

ご職業 働いている(職種) [_____] 働いていない(主婦・学生・その他)

- ①いつもと同じ症状にて受診
 ②新たな症状にて受診 ③初めて受診

※②③の方は下記内容にお答えください

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか?
またその場所はどの辺りですか?

イラストに○印をつけてください→

いつ頃からですか

[_____]

どんな症状ですか?

いたみ しびれ はれ その他

[_____]

きっかけ、原因はありますか?

交通事故 仕事中のけが スポーツ
 特になし その他

[_____]

2 現在あるいは過去に、
この症状で治療を受けていますか?

いいえ

はい [_____]

処方 [_____]

3 現在治療中の病気はありますか?

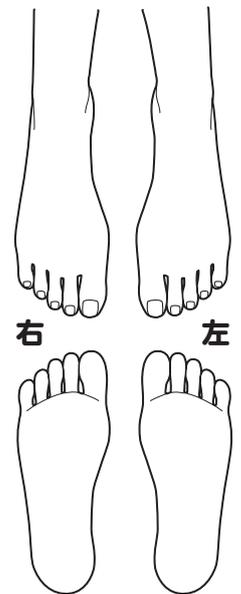
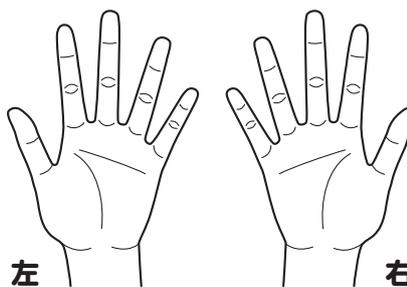
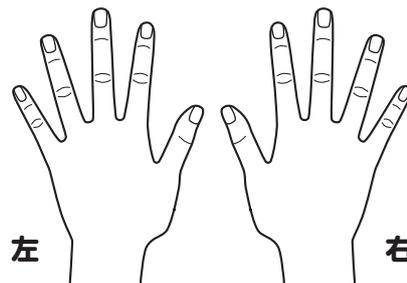
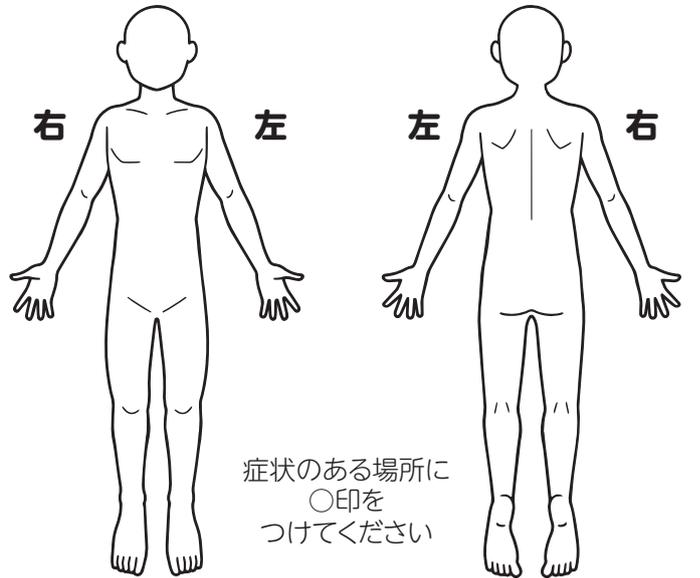
いいえ はい [_____]

4 今まで薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

いいえ はい [_____]

5 女性の方にお聞きます。現在妊娠中ですか? いいえ はい

ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付にお出してください



北斗クリニック *整形外科 *関節センター

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致します。