いかがなさいましたか？

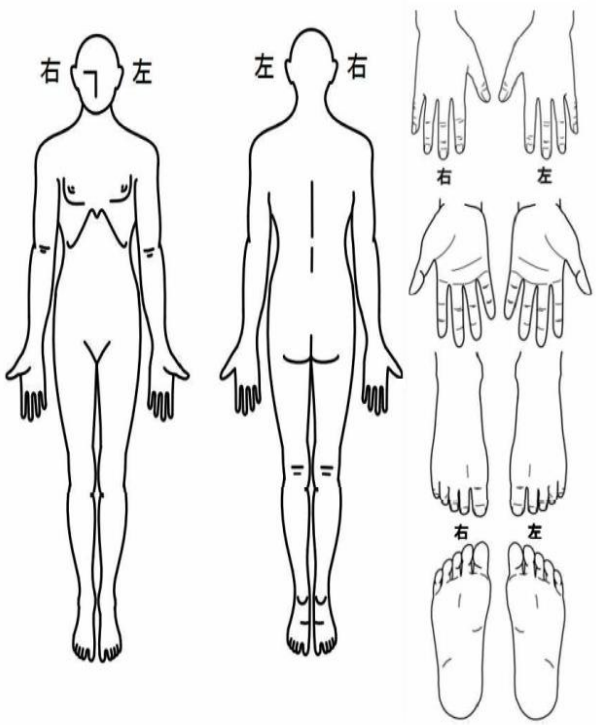
＊　お書きになれない方はお申し出ください。　　年　　月　　日

＊　交通事故や労災の方は先に受付にお申し出下さい。

フリガナ			生年月日
氏　名	様	男 女	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日（　　歳）
住　所	〒		職業
電話番号		緊急連絡先	(続柄:　　)(氏名:　　)

介護保険についてご質問します	申請中　・　利用中　・　未申請　・　不明

具合の悪いところはどこですか？
下の絵に〇印をつけて下さい



い　つ　か　ら	
思いあたる原因は何ですか？	
どのような症状ですか?	・痛い　・動かすと痛い　・しびれる ・腫れた　・赤くなってきた ・つれる　・こった ・手足が動かない　・足を引きずる ・変形している　・その他（　　）

妊娠またはその可能性	ない　ある	
授乳中で	ない　ある	
既往歴	ない　ある	高血圧　糖尿病　喘息　心臓病　脳梗塞　痛風 腎臓病　高脂血症　胃十二指腸潰瘍　リウマチ　緑内障 その他、ケガなど（　　）
今までに手術を受けたこと	ない　ある	手術名（
現在服用中の薬 ※「お薬手帳」をご提示ください	ない　ある	薬の名前（　　）
アレルギー	ない　ある	薬：　　食物：　　その他：
体内に金属は入っていますか?	ない　ある	ペースメーカー　ステント　脳動脈クリップ インプラント　その他（　　）

当院をどのようにお知りになりましたか?

・家族/知人の紹介（　　様）　・他医療機関からの紹介（機関名：　　）

・近所だから/通りがかり　・ホームページ　・地域誌/電話帳　・その他（　　）

その他、何か気になる点がございましたらご記入ください。　※ご協力ありがとうございました。