

# 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。

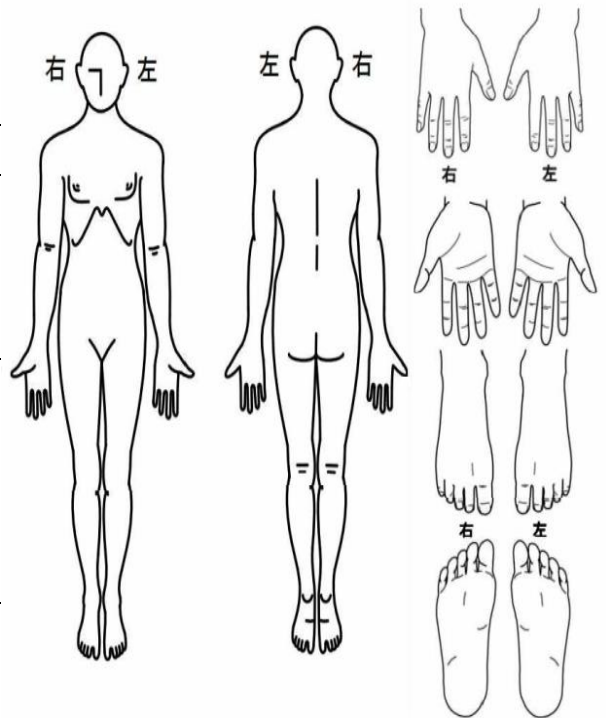
フリガナ			生年月日
氏名	様	男 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		職業
電話番号		緊急連絡先	(続柄: ) (氏名: )

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○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？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛い ・動かすと痛い ・しびれる</li> <li>・腫れた ・赤くなってきた</li> <li>・つれる ・こった</li> <li>・手足が動かない ・足を引きずる</li> <li>・変形している ・その他 ( )</li> </ul>



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tent 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、何か気になる点があればご記入ください。

※ご協力ありがとうございました。

