

# 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。

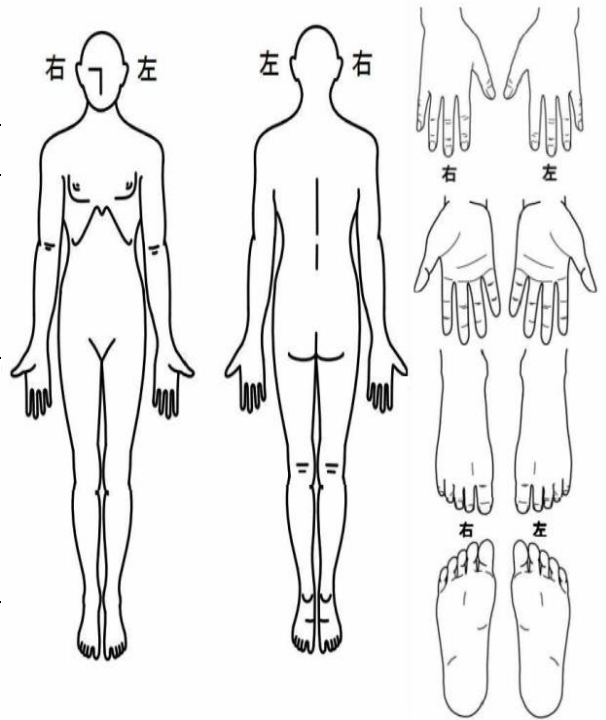
フリガナ		男 女	生年月日	
氏名	様		昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____		職業	
電話番号	_____ - _____	緊急連絡先 (電話番号)	_____ - _____ (続柄: _____)(氏名: _____)	

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	
思い当たる原因 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 ・手足が動かない</li> <li>・足を引きずる ・変形している</li> <li>・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 (今までにかかった病気、 過去のケガなど)	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 ( _____ )
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 ステンント 脳動脈クリップ 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 ( \_\_\_\_\_ )

**※裏面のご記入もお願いします。**

