

フリガナ	性別	生年月日	・大正 ・昭和 ・平成 ・令和
氏名	男・女		年 月 日(満 才)
住所 〒		電話番号	

1. 今日はどこが悪くて来院しましたか。

1) いつからですか。

① 月 日から ② () 週間前から ③ () ヶ月前から ④ () 年前から

2) 診てもらいたいところはどこですか。(右の図にも○をつけてください)

【部位：】

3) どこで、どうしましたか。

①家(屋内 屋外)・学校・幼稚園、保育所・施設内・道路

仕事場(屋内 屋外)・通勤(帰宅途中)・その他()

②転んだ・ひねった・打った・切った・落ちた・ケンカ

・その他()

4) どのような症状ですか。

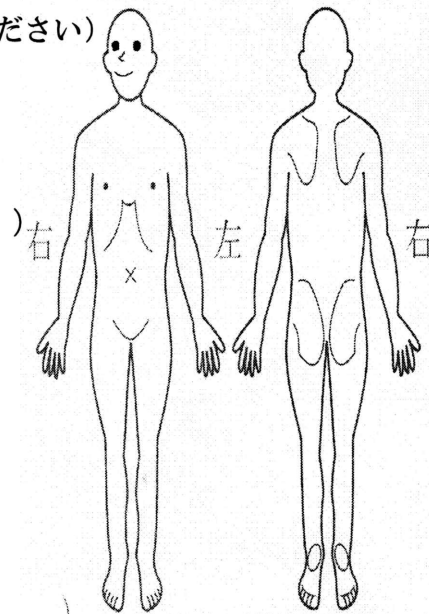
・痛い・重だるい・しびれる・はれている

・出血している・その他()

*学校、幼稚園、保育所・施設などでの出来事の方へ

◎学校・幼稚園、保育所・施設名()

◎部活動・少年団・習い事などの種目()



2. 今日診てもらいたいところは、今までに他の病院や治療院で診てもらった事がありますか (有 / 無)

(病院名・治療院名： 治療内容：)

3. 今までにかかった病気や大きな怪我、現在治療中の病気はありますか (有 / 無)

・ 才のとき病名()・治った・現在も治療中(病院名：)

・ 才のとき病名()・治った・現在も治療中(病院名：)

・ 才のとき病名()・治った・現在も治療中(病院名：)

4. 今までに薬や注射や食べ物で体の具合が悪くなったり、アレルギーを起こした事がありますか

・ いいえ ・ はい ()

5. 本日、薬の手帳や説明書、検査結果をお持ちですか (持ってきている ・ いない)

6. 現在、服用している薬はありますか (いいえ・はい) (種類)

身長： cm 体重： kg

女性の方のみ記入してください。(X線撮影の際、重要になります)

現在妊娠していますか

・いいえ ・わからない ・はい(月目)

*当院はオンライン資格システムにて診療情報を取得・活用することにより質の高い医療を提供可能です。

マイナ保険証をお持ちの方に ・診療情報取得に同意しますか? (はい、 いいえ、 わからない)

*当院を、何で知りましたか?

《・新聞・他院の紹介・病院の掲示・家族・友人・家が近所・インターネット・その他 ()》