

フリガナ _____ 氏 名 男・女	年齢 生年月日	(歳) 年 月 日
〒 住所		TEL
職業	スポーツ歴	

1 一番つらい症状についてお答えください。

(1) 症状のある部位 _____

(2) 症状の内容 (あてはまるものに✓)

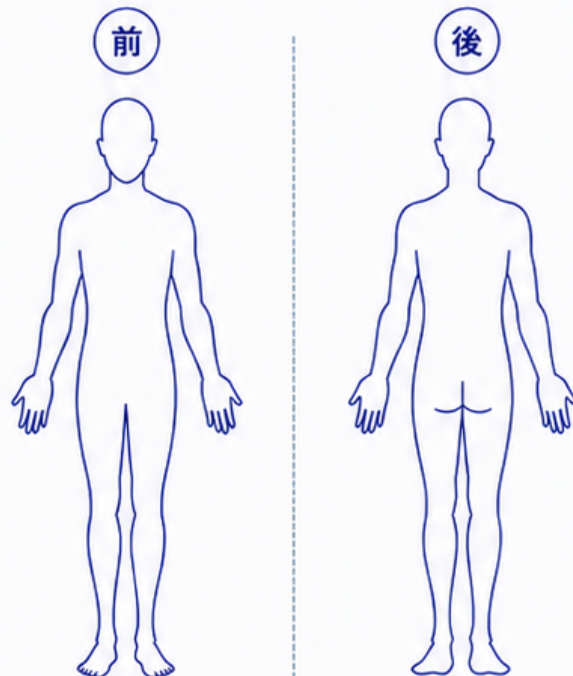
- ☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ
- ☐ 動かしにくい ☐ その他 (_____)

(3) いつからですか？

年 月 日頃から / 約 日前から

(4) きっかけ・原因

- ☐ なし ☐ けが ☐ スポーツ
- ☐ 仕事中 ☐ 交通事故 ☐ その他 (_____)

痛み・しびれ・違和感のある部分に
○印をつけてください。

2 薬や注射によるアレルギーはありますか？

☐ なし ☐ あり (薬剤名など: _____)

3 現在治療中の病気、またはこれまでの主な病気はありますか？

☐ なし ☐ あり (_____)

4 現在、飲んでいる薬はありますか？

☐ なし ☐ あり

※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください。

5 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

☐ なし ☐ あり ☐ 授乳中

6 医師に伝えておきたいこと・診療上の希望があればご記入ください。