

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
住所	〒				
TEL(自宅)		TEL(携帯)			
初診日		TEL(緊急連絡先)			

1. 本日の受診の理由は何ですか。

痛みの治療 ・ その他 () 右 左 左 右

※痛みの治療の方は痛いところを右図に○で記して下さい。

2. どんな症状ですか。

頭痛・顔痛・首痛・肩痛・腕痛・胸痛・背部痛・腰痛・股関節痛・
膝痛・足痛・ヘルペスの痛み・その他 ()

3. いつ頃からですか。

(年 月 日頃から)

4. その時何か原因がありましたか。

はい (原因) ・ いいえ

5. 今までにその症状をどこかで診てもらいましたか。

はい (どこで) ・ いいえ

6. その時どのような治療を受けましたか。

飲み薬・シップ・注射・リハビリ・電気治療・はり・その他 ()

7. アレルギー体質や異常体質と言われたことがありますか。

はい (できれば詳しく) ・ いいえ

8. 注射や薬で気分が悪くなったり発疹が出たことがありますか。

はい (できれば詳しく) ・ いいえ

9. 今までに歯科等で麻酔注射を受けて異常が出たことがありますか。

はい (できれば詳しく) ・ いいえ

10. 現在、又は、今までに次の病気にかかったことがありますか。

はい (高血圧・心臓病・糖尿病・緑内障・胃潰瘍・腎臓病・高脂血症・
肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎) ・その他 ()) ・ いいえ

11. 今までに手術をされたことがありますか？

はい (できれば詳しく) ・ いいえ

12. 現在、薬を服用していますか。

はい (薬名) ・ いいえ

13. 心臓病でペースメーカーを使用していますか。

はい ・ いいえ

14. 現在、妊娠又は妊娠の可能性ありますか。

はい ・ いいえ

16. 介護認定を受けていますか。

はい (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) ・ いいえ

