

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 ・ 内科的症状の治療

2. 痛みの治療の方は痛いところを右図に○で記して下さい。

3. 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 ()

4. いつ頃からですか。

(年 月 日頃から)

5. その時何か原因がありましたか。

はい(原因

)・ いいえ

6. 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

7. 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 ()

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 現在、薬を服用していますか。

はい(薬名

)・ いいえ

14. 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

15. 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

