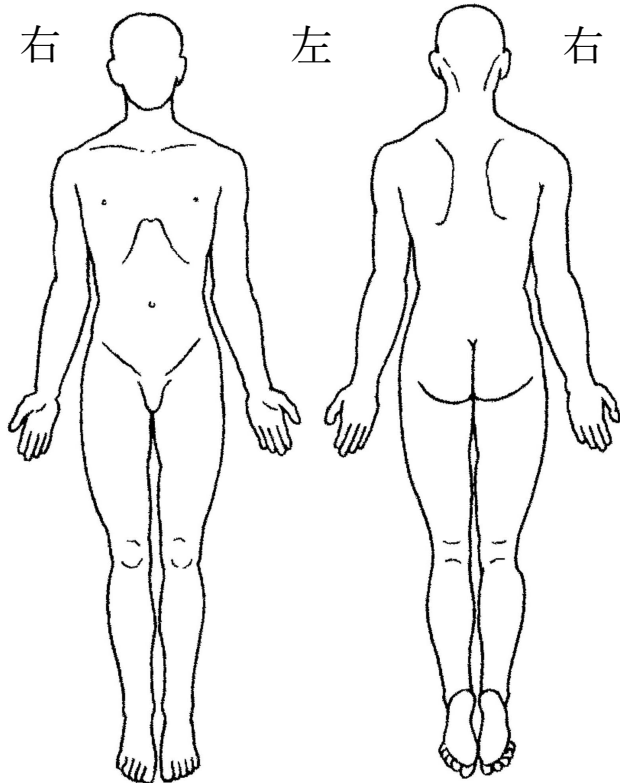


★ 生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい。 ★ 裏面も必ずご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳
住所 〒 -	ご職業
電話番号 () -	身長 cm 体重 Kg
	緊急連絡先 () -

1 どの部位が悪いですか？

2 受診の理由はなんですか？



- ケガをした 痛みがある しびれる
- 動きが悪い 変形している
- リハビリ 体外衝撃波治療 骨粗鬆症検査
- 体組成計 骨格筋刺激装置希望
- 受診をすすめられた → どこから紹介されましたか？
親善病院・知人・ _____
- 当院のホームページをみた 当院の広告をみた

3 症状は、いつから出ましたか？思い当たる原因はありますか？ (必ずご記入ください。)

4 いままでに大きな病気、ケガをしたことがありますか？ 特にない

5 現在、治療中の病気はありますか？ 特にない

- 高血圧 糖尿病 心臓病 ペースメーカー使用中 肝臓病 腎臓病
- 高脂血症 その他 _____

6 現在なにか薬を飲んでいますか？ 特にない

ある → 今飲んでいるくすり

7 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？ 特にない わからない

薬のアレルギーがある (くすりの名前 _____) 麻酔のアレルギーがある

8 女性の方への質問です。

妊娠していない 妊娠している わからない

★裏面に続く

マイナンバーカード利用に関する質問

- 他院からの紹介状を持参している。
- マイナンバーカードを持参・取得していない。
- マイナンバーカードでの受診を希望しない。
- マイナンバーカードを利用し、同カードを通じた診療情報取得に同意する。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの利用にご協力ください。