

来院日: 年 月 日

身長()cm 体重()kg

ふりがな		男・女	大正・昭和・平成・令和・西暦	年齢
お名前			年 月 日生	歳
ご住所	〒		電話番号	
			携帯電話	
ご職業	(デスクワーク・立ち仕事)		緊急連絡先	同上・(- -)
スポーツ・種目			所属チーム・学校名	

労災申請の予定はありますか? はい / いいえ

(1)いつから、どこに、どのような症状がありますか?

原因はありますか?(例: 昨日16時ごろ、階段から落ちて左足首を捻挫した。腫れていて痛い。)

(2) 今回のケガ・症状で他院を受診されていますか?

はい / いいえ

(病名:)

(病院名:)

紹介状・画像: あり・なし

●前医ではどのような検査を受けましたか?

レントゲン・CT・MRI・血液検査・その他()

●前医ではどのような治療を受けましたか?

リハビリ・投薬・注射・手術・その他()

(3)ご希望の検査に○をつけてください。

レントゲン()・エコー()・CT()・MRI()・血液検査()・骨粗鬆症検査()

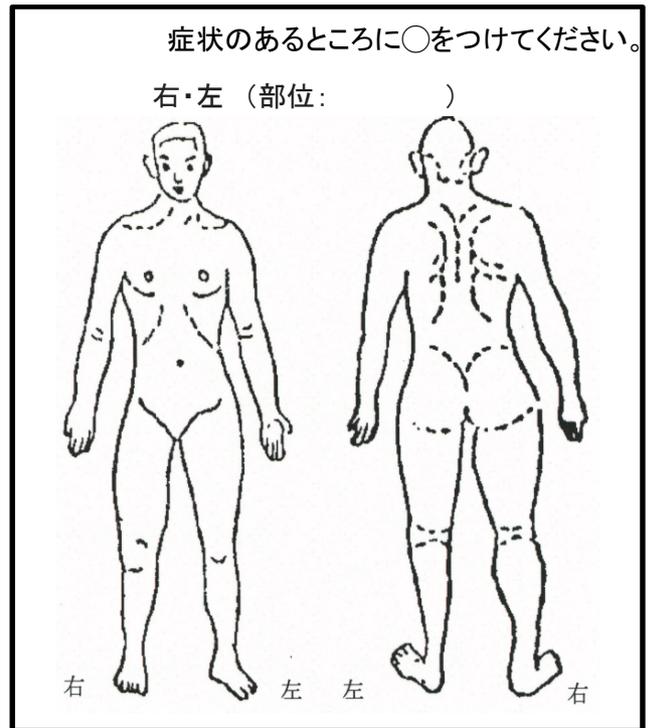
※CT・MRIは院外施設での予約検査になります。

(4)ご希望の治療法に○をつけてください。受けたくないものには をつけてください。

注射、ハイドロリリース()・運動療法()・ショックマスター/体外衝撃波()

超音波骨折治療器()・鍼()・電気治療()・インディバ()・マッサージ()

サイレントマニピュレーション()・PRP()



★裏面にもございます★

以前記入したことがある方は、追加のある場合に記載をお願いします。

(5) 今までに大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

はい / いいえ

(病名・治療内容:)

(6) 現在治療中の病気はありますか？

はい / いいえ

(病名・治療内容:)

(7) 現在服用中のお薬はありますか？ はい / いいえ

(薬剤名:)

本日、お薬手帳はお持ちですか？ はい / いいえ

(8) 体内に金属・医療機器は入っていますか？ はい () / いいえ

(9) 薬や食物のアレルギーはありますか？ はい / いいえ

何でどのような症状が出たのかをお書きください。

()

検査済み 未検

(10) 女性の方へ

① 妊娠中ですか はい(週目) / いいえ

② 授乳中ですか はい / いいえ

(11) その他、何かありましたらお書きください。(例: 湿布かぶれ、閉所恐怖症など)

[]

ご記入ありがとうございました。