

福山かた・ひざ・こしのクリニック

No. _____

令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------|---------|-----------------|
| フリガナ 氏名 | 性別 男 女 | 生年月日 西暦・明・大・昭・平・令 年 月 日 | 年齢 歳 | 職業(学生の方は学校名と学年) |
| 〒 住所 | Tel 自宅 - - 携帯 - - 保護者連絡先 - - | | | |
| 1.どこがどのように悪くて来院されましたか？(複数回答可) | | | | 身長 cm 体重 kg |

どこが

痛い しびれる 腫れている 傷がある その他 _____

2.いつ頃から症状が出ましたか？ _____月____日 もしくは _____日・週間・ヶ月・年 前から

3.症状が出たきっかけはありますか？

転んだ 落ちた ぶつけた ひねった 切った 交通事故 工作中 その他 _____

4.今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい 医療機関名 _____

5.現在あるいは過去に病気をされたことはありますか？(複数回答可)

高血圧 緑内障 心疾患 糖尿病 腎臓病 喘息 リウマチ 結核 肝炎(B型・C型)

その他 _____ 手術歴 _____ ペースメーカー

6.現在治療を受けている方は病院名をお答えください。

7.現在お薬をのんでいますか？(お薬手帳をお持ちのかたは受付に提出をお願いします)

8.食べ物や薬で気分が悪くなったり発疹がでたことはありますか？

いいえ はい 解熱剤・抗生剤・その他 _____

9.当院を何で知りましたか？

看板 Google検索 リビング福山 知人からの紹介 家族の紹介 再新患 その他 _____

10.現在妊娠していますか？

いいえ はい 妊娠の可能性がある

11.喫煙・飲酒はしていますか？

していない 飲酒のみ 喫煙のみ 両方とも

12.何か運動はしていますか？

いいえ はい 具体的には？ _____

13.介護認定を受けていますか？

いいえ はい

14.必要であれば1.5テスラMRI検査を希望されますか？

希望する 希望しない

ありがとうございました。受付に提出してお待ちください。