

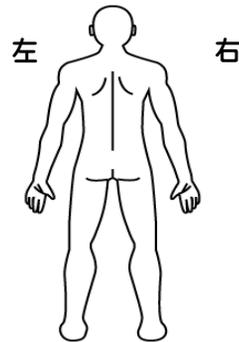
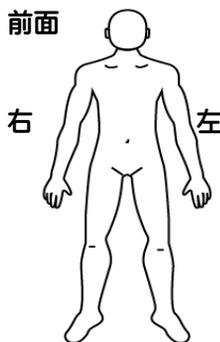
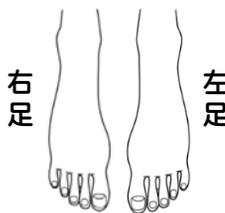
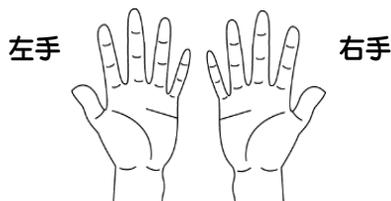
フリガナ		性別	紹介状	持参フィルム	来院したきっかけ
お名前		男・女	あり・なし	あり・なし	□コミ・ちらし・ネット 紹介() ・その他()
生年月日	明・大・昭・平成	年	月	日	歳
住所	〒				
電話番号			携帯番号		
身長	cm	体重	kg	仕事内容	立ち仕事・事務・力仕事・運転手・主婦・学生・その他:

定期的に行っているスポーツ:あり()なし

1. 今日、診察を希望されるところと症状を簡単にお書きください。

後面

また、具合が悪いところを○で囲んでください。



2. その症状はいつ頃からですか？

月 日から, 週間前から, ヶ月前から, 年前から

3. 原因がありましたら○をつけてください。

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った その他()不明

交通事故 あなたは (車・バイク・自転車・歩行者)

相手は (車・バイク・自転車・歩行者・なし)

4. 今までそのために治療を受けたことがありましたか？

ある (いつ:) (どこで:) ・なし

治療:のみ薬・シップ・ぬり薬・注射・リハビリ・その他()

5. その他に今まで、あるいは現在治療中のご病気、おけがについてお書きください。

高血圧・心臓疾患・ペースメーカー 糖尿病・喘息・透析中・その他() ・なし

どちらの病院の何科で ()

薬の名前 ()

手術 (いつ:) (どちらで:) (手術名:)

6. アレルギーはありますか？ ある なし

薬() ・食べ物() ・金属()

7. 女性の方へ 現在、妊娠 または 授乳 (している・していない・わからない)

尿漏れ;あり なし

8. 学会発表、および論文作成で臨床データを使うことについて、下記に○を付けご署名ください。

(発表に際しあなたのデータであると特定されることや、あなたの名前などの個人情報は一切わからないようにしますので、プライバシーは守られます。)

データの使用を 同意する・同意しない 署名:

9. その他 医師にお知らせしたいことがあったらお書きください。

