

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令		身長	cm	スポーツ
氏名		女	年 月 日		才	体重	kg	
住所	〒			電話番号	携帯 自宅			
職業：					※65歳以上の方はご記入下さい			
会社名：	電話番号：				介護認定： 未 ・ 済			

どのような症状で来院されましたか？ ○をつけてください。

いつから	年 月 日 (年 月頃)
部位	首 ・ 背中 ・ 腰 ・ でん部 (おしり) 両・左・右 上肢 … 肩・上腕 (肘より上) ・ 肘・前腕 (肘より下) ・ 手首・手・指 両・左・右 下肢 … 股関節・大腿 (膝より上) ・ 膝・下腿 (膝より下) ・ 足首・足・足の指
症状	痛い ・ しびれる ・ 動かしにくい ・ 腫れ ・ 熱い その他 ()
原因	無 ・ 有 ()

この症状で他の病院を受診されていますか？

無 ・ 有 … 受診日： 年 月 日 病院名：

今までにかかった病気やケガはありますか？ ○をつけてください。

無 ・ 有 … 高血圧・糖尿病・肝臓病・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・脳血管の病気・喘息・がん
その他 ()

現在飲んでいるお薬はありますか？ 無 ・ 有 …

お薬手帳はお持ちですか？

無 ・ 有 (ご用意してお待ちください。2階にて看護師が確認致します。)

アレルギーはありますか？ 無 ・ 有

薬剤： ()
食品： ()

女性の方はご記入ください

妊娠中ですか？ いいえ・はい … (ヶ月目)
授乳中ですか？ いいえ・はい

希望される項目

MR I 検査 骨密度検査 リハビリ 再生医療(APS・PRP)

ご希望の医師

(医師)

※2週間以内に「海外渡航歴 (滞在歴) がある。新型コロナウイルスの方と濃厚接触となった」可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

※2週間以内に東京へ仕事・旅行など行かれましたか？ (はい ・ いいえ)

(はい) とお答えになった方は本日は診療をお控えいただき、来道されてから2週間経過後にあらためて受診をお願いいたします。(緊急性のある方を除く)

※37度以上の場合本日は診療をお控えいただき、解熱後にあらためて受診をお願いしております。(緊急性のある方を除く) あらかじめご了承ください。

看護師メモ

◎当院をどのようにお知りになりましたか？該当する□に✓印をつけてください。

- 1 □インターネット・ホームページをみて 2 □知人の紹介で (お名前：)
3 □他の病院の紹介 (病院名：) 4 □家、職場の近くのため 5 □その他 ()