

お名前 (カタカナで書いてください)

生年月日

T・S・H・R 年 月 日生 才

- 仕事外  労・公災
- 自賠 (事故日 / 軒目)
- 診断書必要

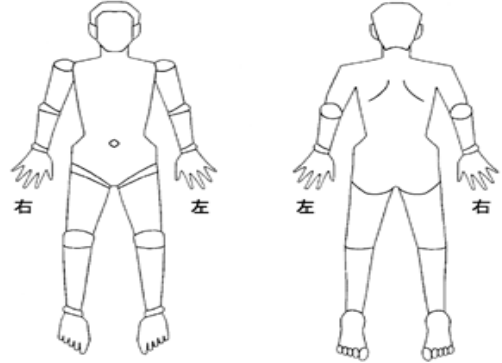
希望医師

車いす サークル ストレッチャー

痛い部位を○で囲んでください

① どのような症状ですか

- 痛み  はれている  熱感
- 傷  力が入りにくい  しびれ
- その他( )



② いつからの症状ですか

年 月 日ころ

③ 症状を発症したきっかけに当てはまるものすべてに  してください

- スポーツ中  工作中  転倒・転落  生活動作の最中  交通事故
- その他 ※詳細をわかる範囲でご記入ください

④ この症状で治療を受けるのは

- 初めて  以前当院で同じ患部治療した
- 他院を受診した (紹介状 ある・ない)
- (画像持参 ある・ない)

⑤ 治療している病気はありますか(過去に治療し現在は完治しているものも含めて)

- なし  高血圧  心臓病  脳疾患  喘息  肝臓病
- 肺疾患  糖尿病  上記以外( )

⑥ 現在お薬は飲んでいますか

- いいえ  はい

⑦ 手術歴はありますか

- なし  あり( )

⑧ ご要望はありますか ( )

⑨ アレルギーはありますか

- なし  わからない  アルコール製剤  薬( )  金属  ヨード
- 食べ物( )  ラテックス  その他( )

⑩ 女性の方にお聞きします

- 妊娠していない  妊娠している  どちらともいえない
- 授乳中

\*さしつかえなければご回答ください\*

【現在行っているスポーツ: 】 【所属しているチーム、学校: 】 【職業: 】

【来院のきっかけ: ①紹介(学校・他病院・知人) ②近所 ③新聞・インターネット】

\*個人情報に関して\*

診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載下さい。

なお、未成年者は保護者のお名前をご記載下さい。

[ ]

