

(ID: ) お薬手帳 (あり・アプリ手帳・なし・お忘れ)

|                                                  |    |    |     |           |    |    |    |
|--------------------------------------------------|----|----|-----|-----------|----|----|----|
| フリガナ                                             | 男  | 生年 | 大 昭 | 年         | 月  | 日  | 歳  |
| 氏名                                               | 女  | 月日 | 平 令 |           |    |    |    |
| 〒                                                | 携帯 |    |     |           |    |    |    |
| 住所                                               | 自宅 |    |     |           |    |    |    |
| 介護保険：なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)               |    |    |     | 身長        | cm | 体重 | kg |
| 妊娠：していない・可能性がある・している (      ヶ月)                  |    |    |     | 出産歴：あり・なし |    |    |    |
| 職業：(治療の参考にするので作業内容を詳しくお書きください)(      )           |    |    |     |           |    |    |    |
| 喫煙歴：なし・あり・過去にあり → ありの場合：1日の本数      本・喫煙年数      年 |    |    |     |           |    |    |    |

①症状はいつ頃からですか (具体的に)

\_\_\_\_\_ から

②症状を○で囲んで下さい

・痛む・はれている・しびれている

・その他 (\_\_\_\_\_)

③思い当たる原因はなんですか？

④今回の症状で他院に通院していますか

はい → 診療所・整骨院 (自費・保険)

いいえ

⑤スポーツ歴 \_\_\_\_\_ (      年)

⑥今回の治療は以下に当てはまりますか

交通事故      労災      いいえ

⑦リハビリを希望しますか

はい・いいえ・必要あれば

⑧治療中の病気はありますか

糖尿病・高血圧・高脂血症・ぜんそく・その他 (      )

いいえ

⑨現在飲んでいる薬はありますか

はい (      )

いいえ

⑩薬や食物によるアレルギーはありますか

はい (      )

いいえ

⑪今までに大きな病気や手術を受けたことはありますか

はい (いつ頃：      どんな病気・手術      )

いいえ

⑫初診の方へ 当院を何で知りましたか

家族・知人の紹介      広告      ホームページ      その他 (      )

以上です。ありがとうございました。(医) とよかわ整形外科リハビリクリニック

症状のある部位に○をつけて下さい (2カ所まで)

