

住所	(〒 -)	電話番号	
		携帯番号	
ふりがな		氏名	男 女
			生年月日

◆今日はどうされましたか？ ◆症状がある場所を○で囲んでください

痛い
腫れている
しびれる
動きにくい
ケガ
その他

前 後

左手 右手 右足 左足

	いつから	原因	具体的な症状
患者様記入用			
看護師記入用			

◆スポーツをしますか？ □いいえ
 される方→スポーツ() (ポジション:)
 近々試合や発表会などがある場合日付を記入してください()

◆今回の症状に関して他の病院で治療を受けたことがありますか？ □あり □なし

◆現在までに他の病気・ケガを患ったことがありますか？ □なし

胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など胃が弱い 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓疾患 悪性腫瘍(がん)
喘息 骨粗鬆症 痛風 コレステロール リウマチ 肝臓疾患 腎臓疾患 B型肝炎 C型肝炎
HIV 梅毒 脳梗塞・出血 緑内障 その他()

◆手術をしたことがありますか？(いつ頃されましたか？) □なし
 (年 月頃 手術名:)

◆体内に金属などが入っていますか？ □なし
ペースメーカー アートメイク・刺青 ステント() その他()

◆現在、飲んでいる薬がありますか？ □なし
 (薬手帳・リストがあれば提示してください)
 []

◆薬、食物でアレルギーありますか？ □なし
 薬、食物の名前をお書きください→()

◆重量物を扱う作業をしていますか？ □なし
 ※「はい」の場合 おおよその重さをお書きください→(キロ)

◆検査や治療について、特にご要望はありますか？(要・不要は医師が判断します)

レントゲン検査 MRI検査 骨粗鬆症(骨密度)の検査 血液検査 リウマチかどうか心配 脳の疾患も心配
内臓の疾患も心配 ブロック注射 ヒアルロン酸注射 リハビリ・けん引・電気治療・自宅トレーニング
できれば薬を飲みたくない 湿布希望

◆介護保険使用していますか？ □なし

要支援1 要支援2
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
 ◎介護保険でのリハビリを行っていますか？ □はい □いいえ

<女性の方のみお書きください>

◆現在妊娠していますか？またはその可能性はありますか？ □あり □なし

◆現在授乳中ですか？ □あり □なし

確認Ns : [] [] [] []