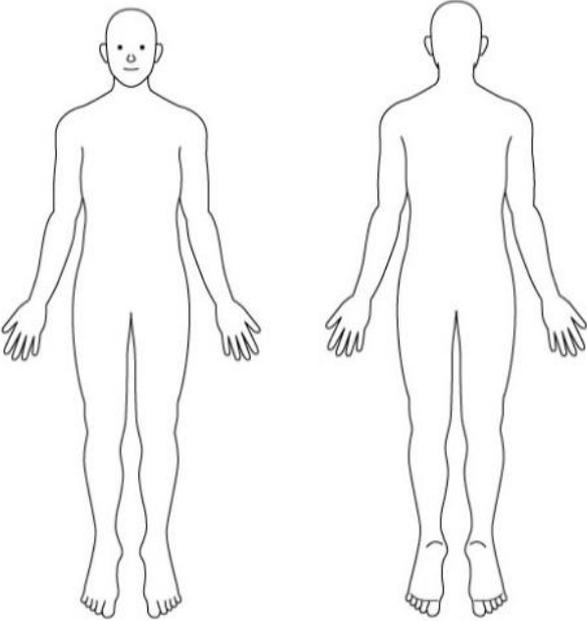


ふりがな	男 ・ 女	生年月日
お名前	歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒 -	携帯電話	- -
	自宅電話	- -

<p>■症状があるのはどこですか？</p>  <p>前 後</p>	<p>■どのような症状ですか？</p> <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 傷がある（出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 何かできている <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<p>■症状が出たきっかけは何ですか？</p> <input type="checkbox"/> けが（スポーツ・転倒など） <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 学校のけが <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中のけが（労災） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<p>■いつ頃からですか？</p> （ ）頃から
	<p>■紹介状をお持ちですか？（CD-R、診断書など）</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	<p>■プラセンタ希望（どのような目的ですか？）</p> <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 美容 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> その他

■既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 高血圧（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 糖尿病（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 心臓病（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 高脂血症（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 腎臓病（ 歳頃） <input type="checkbox"/> その他(病名： 歳頃)
------	---

■内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。 <input type="checkbox"/> お薬手帳忘れ（お薬： ）
------	---

■手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（何歳ごろ： 手術： ） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金属（ボルト、人工関節など）
------	---

■介護保険証	<input type="checkbox"/> 介護認定なし <input type="checkbox"/> 介護認定あり ※介護保険証をお持ちの方はお出してください。
--------	---

■アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品・食べ物・その他（ ）
--------	--

■たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた（程度： 本/1日、 年間）
------	---

■アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（種類： 1回 杯、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 月2~3回）
--------	---

■女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
-------	--

■家族の既往歴	<input type="checkbox"/> とくになし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 心臓病（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 高血圧（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 脳卒中（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 癌（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 高脂血症（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 腎臓病（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> 骨折（父・母・兄弟） <input type="checkbox"/> リウマチ（父・母・兄弟）
---------	---

お薬の処方について	薬の処方があった場合、当院の間診票と調剤薬局での間診票を兼用してよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（※いいえの場合、調剤薬局によっては新たに間診票の記入を依頼される場合があります）
-----------	---

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 家族が受診している <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 家族や親戚に聞いて <input type="checkbox"/> 友人に聞いて <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 職場の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------------------	--