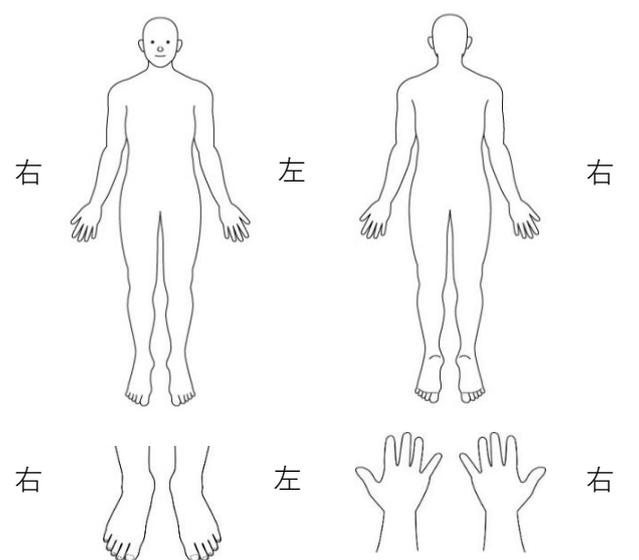


ふりがな		男 ・ 女	生年月日
お名前		歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 -	自宅電話	- -
		携帯電話	- -

<b>■今日はどうされましたか？</b> いつから ( ) <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> おもい <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> つかれやすい <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> 形がおかしい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>■症状のある場所に印をつけてください</b> 
<b>■思い当たる原因</b> <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 (労災) <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 不明	
<b>■今の症状で他の医院などで治療を受けていますか？</b> <input type="checkbox"/> なし 医院名 ( ) <input type="checkbox"/> あり 治療 ( ) 紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

<b>■既往歴</b>	<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"/> その他(病名: 歳頃)
<b>■家族の既往歴</b>	<input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 心臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 癌 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 脳卒中 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 骨折 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> その他
<b>■手術歴</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名: 歳頃) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 人工関節
<b>■内服薬</b>	<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。
<b>■介護保険証</b>	<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。
<b>■アレルギー</b>	薬品・食べ物・その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

<b>■たばこ</b>	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた
<b>■アルコール</b>	<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)
<b>■妊娠</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり

<b>お薬の処方について</b> 当院より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？(ただし、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。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--

<b>当クリニックをどのようにお知りになりましたか？</b> <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 ( )
--