

フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	男 ・ 女				(歳)		
住所	(〒 -)			TEL	自宅	-	-
					携帯	-	-
身長 <input type="text"/> cm				体重 <input type="text"/> kg		職業	
女性の 方へ	◎現在、妊娠していますか？		いいえ	はい	可能性あり		
	◎現在、授乳中ですか？		いいえ	はい	(妊娠 週目 ヶ月)		
<input type="checkbox"/>	最終生理日を教えてください ⇒ 年 月 日						

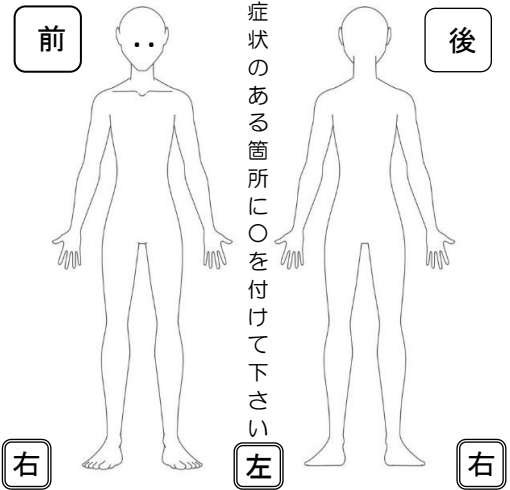
①本日はどうされましたか？

平成・令和 年 月 日頃より

②思い当たる原因はありますか？

交通事故・仕事中・通勤中・けが・特に原因なし

その他 (例：部屋の中でつまずいて転倒した・・・)



園児学生 の方へ	◎園内・学校管理下の怪我ですか？	いいえ	はい	※管理下とは登下校も含まれます		
	◎スポーツ保険は使用しますか？	いいえ	はい	検討中	※検討中⇒当月中にご回答下さい	

③今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

いいえ・はい ⇒ (いつ頃？ 医療機関名：)

④局所麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (例：歯科の麻酔など)

いいえ・はい ⇒ (薬の名前：) ・使用したことがない

⑤薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

いいえ・はい ⇒ (薬・食べ物などの名前： アルコール・湿布かぶれ)

⑥体内にペースメーカーや金属が入っていますか？

いいえ・ペースメーカー・金属 ⇒ (どこの部位ですか？)

⑦今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい ⇒ 歳頃：病名 () 医療機関名 ()
歳頃：病名 () 医療機関名 ()

⑧現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい ⇒ 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血

⑨現在、飲んでいる薬はありますか？

その他 ()

いいえ・はい ⇒ お薬手帳があれば記入は不要ですので受付にご提出下さい (あり・お忘れ)

(薬の名前：)