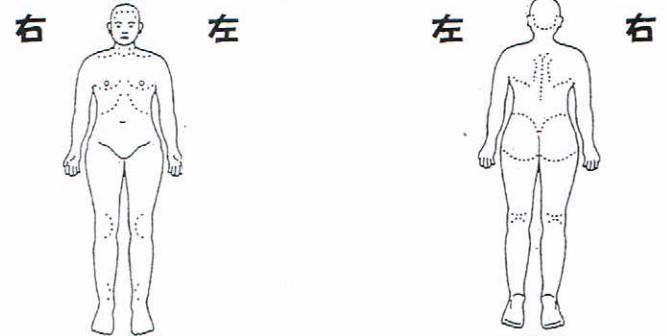


フリガナ	
お名前	生年月日 大/昭/平/令 年 月 日 ( 歳)
ご住所 〒	男 ・ 女
ご連絡先 【ご自宅】	【携帯】
*介護申請を行い、要介護認定を受けていますか? はい(要介護度: )・いいえ	

① 体のどこが具合悪いですか? 図に○をし、簡単に部位もご記入ください。



② 当てはまる症状に○をしてください。

・痛み・しびれ・腫れ・高血圧 ・咳・発熱・その他( )  
それはいつからですか? ( )

③ はっきりとした原因はありますか? (例) 転倒に○、階段で踏み外し、、、  
転倒・スポーツ・交通事故・工作中・その他・特に原因は思い当たらない  
( )

④ 今まで薬や注射でアレルギーになったことがありますか?

ある ( 薬剤名等: ) ・ ない

⑤ 今までに手術を受けたことがありますか?

ある ( 手術名等: ) ・ ない

⑥ 体内に金属物質(ペースメーカー・クリップ)や入れ墨はありますか?

ある ( 金属名、入れ墨の部位等: ) ・ ない

⑦ 女性の方で、現在妊娠の可能性はありますか?

ある ・ ない

⑧ 当院をどのようにして知りましたか?

1. 近所だったから 2. ホームページを見て 3. ご紹介(知人・ご家族)  
4. その他 ( )

⑨ マイナンバーカードをお持ちですか?

はい ・ いいえ

はいと答えた方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?

はい ・ いいえ