

◎当クリニックは予約制をとっております。その為初診の方及びご予約のない方は長時間お待たせすることがあります。

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成	住所	〒	—	
氏名		男・女	年 月 日		電話番号	—	—
			年齢		才	携帯番号	—

1 本日はどうされましたか？

- 交通事故 (自損(単独での事故) 相手の方有り) 工作中 通勤中 学校 その他 (さらに詳しく… 例) 車のドアにはさんだ ひねった など

2 いつからですか？

- 本日 昨日 2日前 3日前
4~6日前 1~2週間前 () 前

3 診察を希望される部位に○をつけて下さい

4 現在他の病院にかかっていますか？

- はい いいえ
⇒はいの方はどういったご症状でかかっていますか？

5 服用中の薬はありますか？

- ある (薬名) ない

6 お子さまのみお答えください

- 錠剤は飲めますか？
はい いいえ

7 アレルギーについて

- 食べ物や薬、注射でじんましがでたり、気分が悪くなったことがありますか？
ある () ない

8 過去に入院・手術を必要とする病気はありましたか？

- 今までない 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎疾患 喘息
胃潰瘍 心疾患 リウマチ 肺結核 がん () その他 ()

手術を受けたことがある方はご記入下さい
いつ頃ですか？ () どのような手術ですか？ ()

9 紹介状及び、レントゲンやMRIなどのデータをお持ちですか？ はい いいえ

10 介護保険を申請又は利用されていますか？ はい いいえ

11 女性の方のみお答えください。

- 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
授乳中ですか？ はい いいえ

12 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- インターネット 看板 家族の紹介 知人の紹介 ()
病院・医院からの紹介 (施設名) その他 ()

13 診察を希望する医師はいますか？

- 吉野 宏一 先生 吉野 茂雄 先生 瀬戸 先生
柏木 先生 塚本 先生 特になし

