

ID:

基本情報

記入日 年 月 日

身長; _____ cm / 体重; _____ kg (年齢 歳)

職業; _____ 仕事内容; _____ 利き手; 右・左

① 過去に下記の病気にかかったことや、現在治療中の病気はありますか? はい / いいえ

- ・ 悪性腫瘍
- ・ 喘息 (治癒・治療中) (小児喘息; _____ 年前まで)
- ・ 薬で蕁麻疹 (薬品名; _____)
- ・ 胃潰瘍 (治癒 _____ 年前・治療中)
- ・ 薬以外のアレルギー

② 現在、内科など他の医療機関での通院・治療はされていますか? はい / いいえ

- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 肝臓疾患
- ・ 心臓疾患
- ・ 脳血管疾患
- ・ コレステロール
- ・ 緑内障
- ・ その他 (_____)

③ 感染性疾患 (肝炎・結核・血液感染症等) はありますか? はい / いいえ

- ・ 肝炎 (_____ 型)
- ・ 結核
- ・ その他

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか? はい / いいえ

(お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば提出してください)

薬の名前;

⑤ 今までに手術を受けたことがありますか? ある / なし

あると答えた方は以下の質問にお答え下さい。

疾患名	病院名	年齢	歳	実施日 (年	月	日)
疾患名	病院名	年齢	歳	実施日 (年	月	日)
疾患名	病院名	年齢	歳	実施日 (年	月	日)

⑥ 定期的に健康診断を受けていますか? (65歳以上の方) はい / いいえ

受けていない (_____) 年以上

⑦ 介護保険の認定を受けていますか? はい / いいえ

認定を受けている方は左記に○印をつけてください。要支援/要介護 (1・2・3・4・5)

⑧ 現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

妊娠の可能性はありますか? はい / いいえ

妊娠中 (_____ 週目)


授乳中 _____ かかっている病院

⑨ 喫煙歴 ある / なし

以上の回答にお間違いがなければご署名をお願いします。

ご署名

裏面へ続く

⑩ 痛みの部位を右の人体図に斜線  を記入してください。

⑪ いつから痛みますか？ 例) 昨日、3日前、1週間前、〇月〇日

⑫ 痛みが出た原因について ない / わからない / ある
あると答えた方は具体的な原因を書いてください。

⑬ 現在行っているスポーツ、部活はなんですか？
していない / している (種目: _____)

⑭ 痛みともに発熱はありますか？ はい / いいえ

⑮ 夜間、就寝中に安静にしていともうずいて
目覚める事がありますか？
はい (毎晩 ・ 時々) / いいえ

⑯ どのような動作で痛みが出ますか？

⑰ 運動について

痛みで運動はできない / 痛みはあるが運動している / 普段から運動はしていない

⑱ 痛み(症状)が出てから、他の医療機関を受診された方はご記入ください。

初診日 (年 月 日) 最終受診日 (年 月 日)

() 病院 / 整形外科 / 外科 / その他 ()

・ 診断名 ()

・ 検査; レントゲン / MRI / CT / 血液検査 / その他 ()

・ 飲み薬; なし / あり

薬の名前; () / 不明

・ その他; 注射 / 電気治療 / 牽引 / マッサージ / 他 ()

固定 (ギプス / 装具 / その他)

⑲ 当院でご希望される治療方法があればご記入ください。

お薬

注射

リハビリ

おまかせ

ご協力ありがとうございました。

よしおかクリニック院長; 吉岡直樹

