

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 男・女

住所 〒 _____ - _____ :

電話 自宅 _____ 携帯電話 _____

①どのような症状ですか？

②症状のある部位を右図にご記入ください。

③症状の原因となりそうな出来事がありますか？

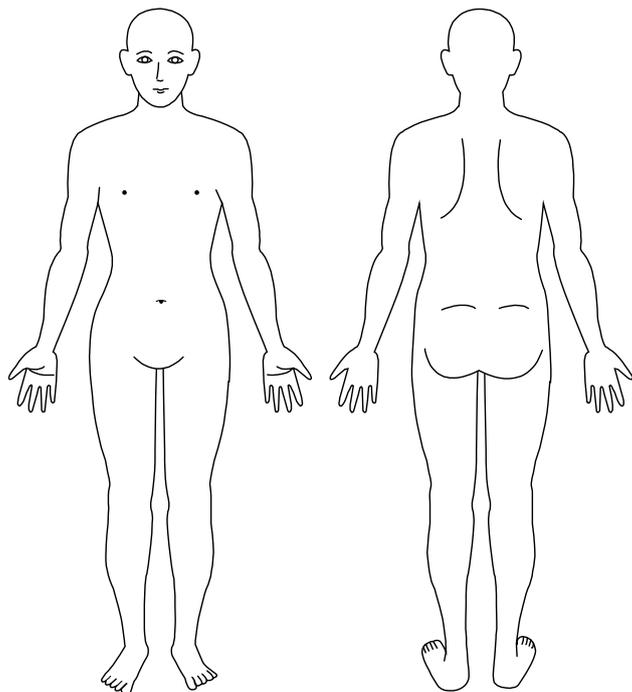
④症状は、いつ頃からですか？

⑤症状の程度はどれくらいですか？

(軽度・中程度・重度)

⑥今までにかかった病気はありますか？

また、今までに手術を受けたことはありますか？



⑦体の中にペースメーカーなどの金属がはいっていますか？ (あり・なし)

ありの方 ()

⑧現在、使用している薬はありますか？ (あり・なし)

ありの方 ()

⑨薬や食物のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

ありの方 ()

⑩女性の方にお聞きします。

現在、妊娠されていますか？ (はい・いいえ・わからない)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

⑪該当のある方は○をつけてください。 (通勤中・仕事・交通事故)

⑫要介護・要支援保険者ですか？ (はい・いいえ・わからない)

⑬当院を受診されたきっかけは何ですか？

(通りがかり、友人の紹介、新聞広告、チラシ、内覧会、インターネット、ラジオ、雑誌、地下鉄、バス、ほか)

⑭インターネットをご覧になられた方にご質問です。どのようなキーワードで検索されましたか？

よろしければお答えください。(, ,)