日付　R 年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **お名前** | **(ふりがな)** | **NO.** |
|  | **性別　□男性　□女性** |
| **生年月日　(明治　大正　昭和　平成　令和) 年　　月　　日　　( 才)** |
| **住所** |
| **電話番号・・・自宅　　　　( ) 携帯　　　　( )** |

* **該当する場合　□交通事故　(受傷日　　　月　　　日) □労災(受傷日　　　月　　　日)**

**介護保険認定　□あり　□なし**

要支援　１　２　いずれかを◯で囲んでください

要介護　１　２　３　４　５　　サービスを利用している曜日( )

１.診てもらいたい部位に◯の記入といつから、どのような症状か教えてください。

　〈例〉２日前から右手が痛い・顔が昨日から痒い・１週間前から左足首が痛いなど



２.既往歴　※以前にかかられたことがある病気

　( )

３.現在治療中の病気があれば印レを付けて教えてください

　□高血圧　□心臓病　□糖尿病　□腎臓病　□肝臓病　□胃潰瘍　□リウマチ　□緑内障

　□その他( )

４.現在、服用されている薬があれば教えてください

　( )

５.今まで使用したお薬で副作用が出たことがあれば教えてください

　( )

６.お薬以外で何かアレルギーがあれば教えてください

　□なし　□あり・・・食物　卵　牛乳　花粉　ハウスダスト　動物　その他( )

７.女性の方へ

　現在、妊娠している可能性はありますか？　　□はい　□ いいえ

８.手術などで金属・ペースメーカー等が体内にあればご記入ください

　□はい　□いいえ　　( )

　当院を知ったきっかけを教えてください

　□知人・家族からの紹介　□インターネット　□広告・看板　□その他