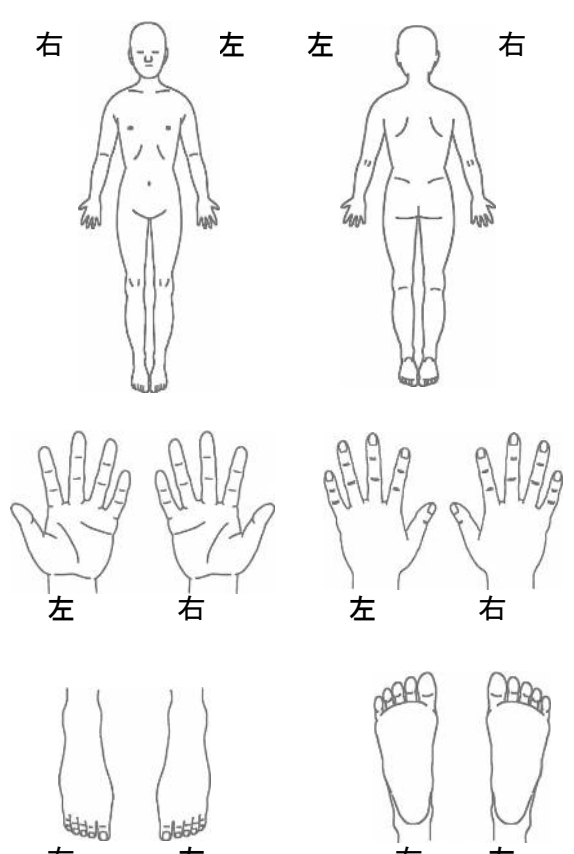


ID:

フリガナ		男・女	生年月日
お名前			大 昭 平 令 年 月 日
ご住所	〒 -		①自宅電話(- -) ②携帯電話(- -)

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	お薬手帳持参	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	ヶ月	授乳中	<input type="checkbox"/> はい
お仕事		介護保険を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> マラソン <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> パレーボール <input type="checkbox"/> バスケ <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> その他()						
身長	cm	体重	kg	薬・食物のアレルギー			
既往歴	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()						
手術歴	年 月 年 月						
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液サラサラの薬 <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 痛風の薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> その他()						

今日はどうされましたか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他	症状のある場所に印をつけてください。 右 左 左 右 
いつから症状がありますか？ 	
思い当たる原因 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 特にな <input type="checkbox"/> その他 () * 診療途中での労災等への切り替えは応じかねます。	
受けたい検査・治療などがありますか？ (ご希望に添えない場合があります。ご了承ください。)	
<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 薬・湿布 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 他院への紹介状(診察・CT・MRI)	