

ID:

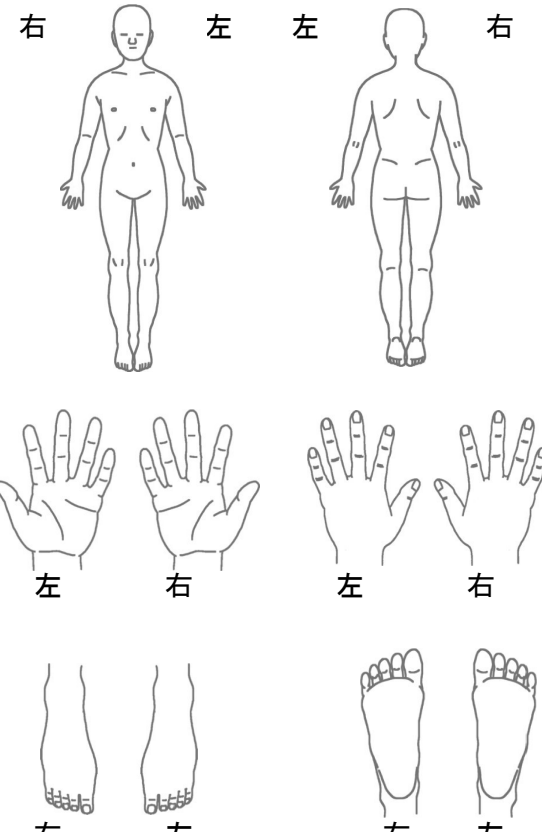
新症状

交通事故 ・ 労災 ・ スポーツ共済

記入日 年 月 日

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( - - ) ③ご本人以外の緊急連絡先(体調不良時等) ( - - )(続柄: )

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	□非常勤医師希望			
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"/> バレーボール <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？	症状のある場所に印をつけてください。
<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 いつから どのような症状がありますか？	
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"/> 特になし <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)	