

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令		年	月	日 (歳)
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯	-	-
					自宅	()	-
住所	〒 -						

①当てはまるものに○をつけてください。

- ・ 交通事故(自賠責保険)
- ・ 工作中(労務災害)
- ・ 通勤途中(通勤災害)
- ・ 上記以外 ()

②けがをした日はいつですか？

- ・ () 月 () 日

③傷はありますか？ ある・ない

④症状はいつからありますか？

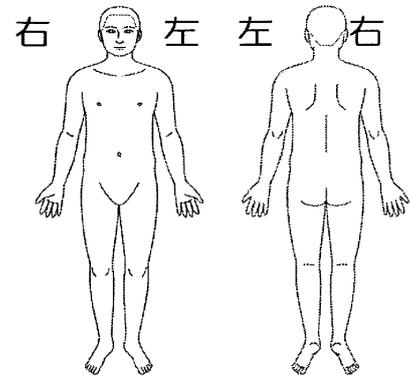
- ・ () 月 () 日から
- ・ その他 ()

⑤症状があるところはどこですか？(右の図に○をつけてください。)

複数ある場合は、番号をふって下さい。(1番診てほしい所から)

⑥どのような症状ですか？

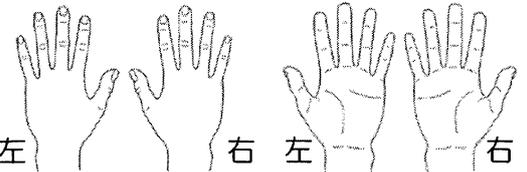
- ・ いたい
- ・ しびれる
- ・ だるい
- ・ 変形している
- ・ はれている
- ・ 動きが悪い
- ・ 力を入れようとしても入らない
- ・ さわっているのがわからない
- ・ その他 ()



⑦思い当たる原因やきっかけがあれば書いてください。

ない ・ はっきりしない

ある → 転んだ ・ ぶつけた ・ ひねった ・ その他 ()

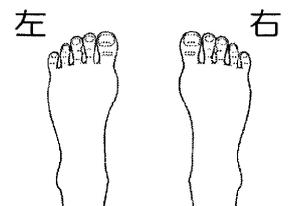


⑧今回の症状で他院にかかりましたか？

いいえ ・ はい → 医療機関名 ()

⑨現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

ない ・ ある (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他)



⑩お薬手帳はお持ちですか？

ある ・ ない

⑪今までかかった病気や手術の経験はありますか？

ない ・ ある → () 歳ごろ 病名 ()

⑫食べ物や薬が原因で気分が悪くなったりじんましがでたりしたことがありますか？

ない ・ ある (食べ物: 飲み薬: 注射:)

⑬女性の方のみご記入ください。

現在 (妊娠 週 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性) ・ 該当なし

⑭検査・治療に対してご要望がありましたら、ご記入をお願いします。

●紹介状・CD-R・身体障害者手帳をお持ちの方・外出を希望される方は受付に申し出て下さい。