

お名前 _____

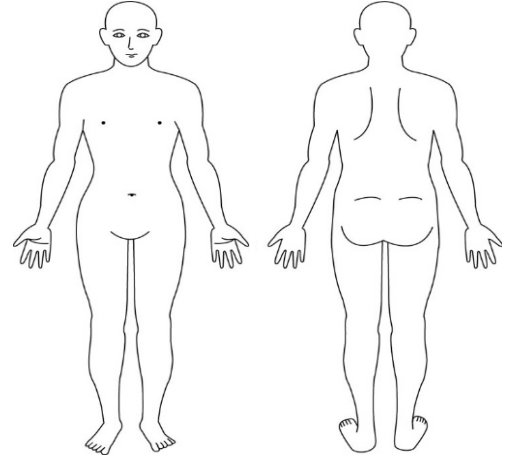
年齢 _____

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい

2. どのような症状がありますか？

- 痛み しびれ 腫れ 動きにくさ
- その他 ()

みぎ ひだり ひだり みぎ



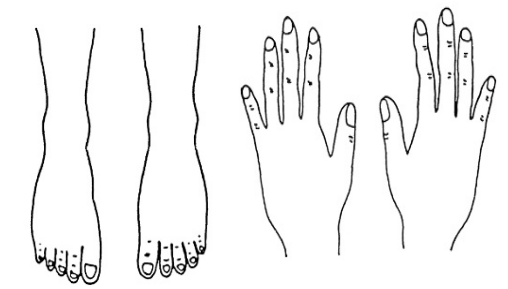
3. いつ頃から症状がありますか？

()

4. どこに症状がありますか？右図に記して下さい。

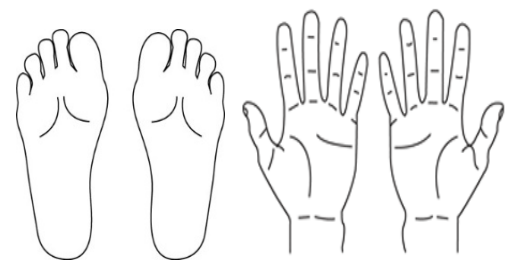
5. 症状の原因はありますか？

- 交通事故 () 詳細を記入
- 仕事
- スポーツ
- 転倒
- その他 特になし



6. 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- ない ある → ()
- 整体・接骨・マッサージ院
- 検査内容 レントゲン CT MRI
- 治療内容 投薬 注射 リハビリ・物理療法



7. 現在、治療中の病気がありますか？

- ない ある → ()
- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳疾患
- 腎臓病 喘息 胃潰瘍 緑内障
- がん その他 (病名)

8. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか？

- ない ある → (病名) (医療機関名)

9. アレルギーはありますか？

- ない ある → アルコール綿 ゴム 金属 食べ物のアレルギー
- 薬のアレルギー (薬剤名)
- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
- その他 ()

10. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ または、授乳中ですか？

- ない ある 授乳中である