ID:

フリガナ　　男・女　　学校名

お名前　　歳　　（　　年生）

お住まい　札幌市内　・　市外　（　　都　道　府　県　　市　町　村）

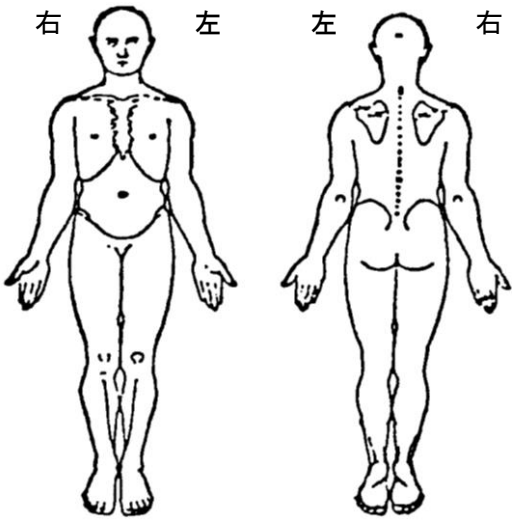
お仕事　事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・その他（

スポーツ種目歴　　所属チーム

身長　　cm　体重　　kg

1）当院の受診歴について教えて下さい
・当院にはじめて来院（　　）
・以前に来院したことがあるが新しい部位の受診希望（　　）　／　以前と同じ部位の再受診（　　）

2）症状のある所に〇印をつけて下さい



3）いつ頃から、どのような症状ですか？

西暦　　年　　月　　日　から

(ア)痛い　(イ)しびれる　(ウ)腫れている　(エ)動きが悪い

(オ)その他（　　）

4）原因と思われることはありますか？

5）今回のケガまたは症状について他院を受診したことがありますか？
ない　・　ある（病院名：　　）→紹介状はありますか？（　ある　・　ない　）

6）治療、検査を受けるにあたって要望や困っていることはありますか？
（例：「〇〇医師の診察を希望」「MRI検査を希望」「骨密度を調べてほしい」「筋膜リリースを希望」など）

7）過去もしくは現在治療中のけがまたは病気はありますか？
・けが　いいえ　・　はい　→　けがの名前（　　）
・病気　いいえ　・　はい　→　高血圧、心臓系、糖尿病、喘息、てんかん、その他（　　）

8）現在、何かお薬を飲んでいますか？
いいえ　・　はい　→　はいの方　薬の名称（　　）

9）今までにお薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？
いいえ　・　はい　→　はいの方　薬名称・食べ物（　　）

１０）レントゲン撮影をしても問題ないですか？（妊娠など）
ない　・　ある　→　はいの方　理由（　　）

１１）マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？
いいえ　・　はい

１２）当院をどのようにして知りましたか？
・ホームページ　・地下鉄車内広告
・紹介（　　）
・その他（　　）

※患者様の情報は個人情報保護法で守られています。
但し未成年の場合、ご家族・学校の先生には必要時お答えしています。

［職員記入］　記入日（　　）　発生日（　　）　社　・　国　・　生保　・自賠・労災・自費