

記入日 (印)

※来院手段を教えてください。(車を自分で運転・自分以外の方の運転) タクシー バイク 自転車
バス(以前利用していた、知人の紹介) 他

※以前、当医院に受診したことがありますか？(ある・ない)

カルテ No. _____

M. T. S. H 年 月 日生まれ () 歳 職業 _____

フリガナ _____ 1人ぐらし時など

氏名 _____ (男・女) 連絡先 _____ 下記

住所 _____ TEL () _____

① 診察を受けたいところはどこですか？(症状のあるところに○をつけて下さい)



② どのような症状がありますか？(痛み・しびれ・腫れ・感覚が鈍い・歩けない)
その他 _____

③ いつ頃から症状がありますか？(年 月 日)
今日 _____ 日前 _____ 週間前 _____ か月前 _____ 年前

④ その原因は何ですか？(ひねった・ぶつけた・転んだ・自然に)

その他 _____ (工作中・交通事故・部活動・スポーツ)

⑤ アレルギーはありますか？(有・なし) 喘息 薬 注射 湿布 食物 絆創膏 花粉 アレルギー性鼻炎
その他 _____

⑥ 妊娠の可能性はありますか？(有・なし) ※有の方：妊娠 _____ 週目

⑦ 粉薬は飲めますか？(はい・いいえ)

⑧ 普段飲んでいる薬があれば記入してください

病院名	病名	薬の名前

⑨ 何歳でどのようなケガや病気をしましたか？(〇〇病院 何ヵ月入院) 輸血歴(+ ・ -)