

ふりがな
氏 名 (男 ・ 女)

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 : 年齢 歳

住 所 〒 -

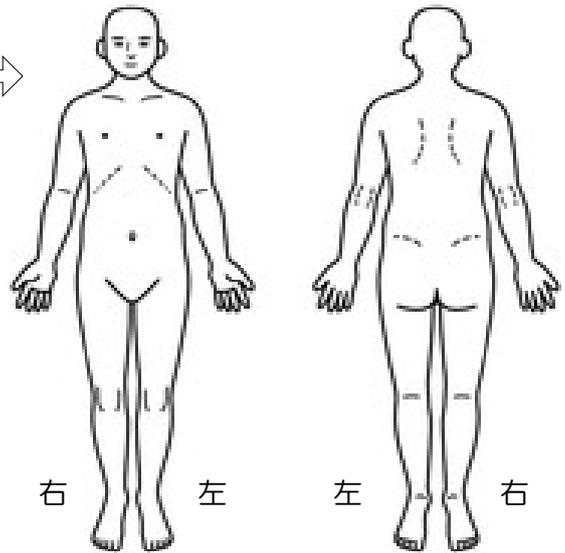
電 話 (自宅) (携帯)

● 交通事故で受診される方 ()

● 労災で受診される方 ()

● 本日はどうされましたか？

- ・ 身体の悪い部分に○をつけて下さい。 →
- ・ いつからですか？ (日ぐらい前から)
- ・ どうしてですか？
ぶつけた・ひねった・強く押しつけた
その他 () ・ 外傷はない
- ・ どんなふうに悪いですか？
痛い・しびれる・つっぱる・はれている
こる・おもい・切れている
その他 ()



● この病気・症状に関して、どちらかの病院・医院での治療を行っていますか？

ある (病院名) ない

● かかったことのある病気に○をつけてください。

心筋梗塞 () 狭心症 () 肝臓病 () 腎臓病 () 肺疾患 ()
 脳疾患 () 糖尿病 () 高血圧 () 喘息 () リウマチ ()
 膠原病 () 手術歴 () その他 ()

● 現在飲んでいる薬はありますか？

ある (薬品名 :) ない

● 薬や食べ物でショックや発疹がでたことがありますか？

ある () ・ ない
 貼り薬 や 塗り薬 でかぶれたことがありますか ある ・ ない

● 女性の方におたずねします。該当するものに○をつけてください。

①妊娠している ②授乳している ③どちらでもない

● お子様におたずねします。学校等でのお怪我でスポーツ保険を使いますか？

使う ・ 使わない