

はじめて来院された方へ

NO

令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____ 電話： ()

◎ どこが痛みますか？ (図の痛い所に○をつけて下さい)
 一番痛い場所 2箇所まで を
 ◎ 現在、他の医療機関へ通院していますか？ ご記入下さい
 無・有 ()

◎ 健康保険を利用しますか？
 はい ・ いいえ

☆上記にて「はい」と答えた方は下記を必ず記入下さい

◎いつ痛めましたか？ 一か月以内の負傷であること

① 令和 年 月 日 時頃
 ② 令和 年 月 日 時頃

◎どこで痛めましたか？ 空欄の場合は保険を利用できません

① ()
 ② ()

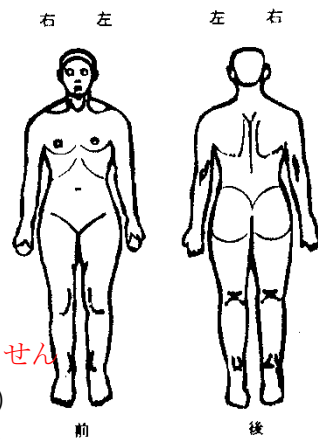
◎何をして痛めましたか？ 空欄の場合は保険を利用できません

① ()
 ② ()

◎ 今までに病気をしたことがありますか？
 無・有 (病名：心臓病、肝臓病、腎臓疾患、肺疾患、脳疾患、
 糖尿病、高血圧症、低血圧症、リウマチ、喘息
 その他 _____)

◎ 今までに手術をしたことがありますか？
 無・有 (手術名 _____)

◎ 女性の方に、妊娠中ですか？
 はい ・ いいえ ・ わからない



bonosetting
NAGURADO