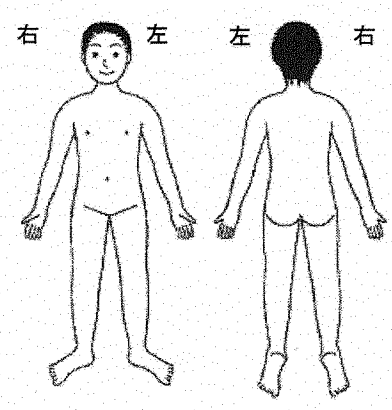
記入日 ： 令和　　年　　月　　日			ID：	
フリガナ		男 ・ 女	生年月日　　大 ・ 昭 ・ 平	年齢
お名前			年　　月　　日	
住所（〒　　－　　）				
電話		携帯		
緊急連絡先			身長　　cm　体重　　kg	

1 ・ どのような症状で来院されましたか？



□ 痛い　□ しびれる　□ 動きが悪い　□ つっぱる
□ 腫れ　□ 介護に関して
□ その他（　　）

2 ・ その症状はいつからですか？
（　　）　例 3日前から

・ 考えられる原因があれば詳しくご記入ください
（　　）

3 ・ 交通事故もしくはお仕事中のケガですか？　・はい　・いいえ
□ 車同士　□ 人vs車　□ 自転車vs車　□ 自転車同士　□ 人vs自転車
□ 勤務中　□通勤途中

4 ・ 今までに大きな病気になったり、現在治療中の病気はありますか？
□ 特になし　□ ある → ・高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく
その他（　　）

5 ・ 今までに手術を受けた事はありますか？
□ 特になし　□ ある → （　　）

6 ・ 現在、服用中の薬はありますか？（お薬手帳をお出しください）
□ 特になし　□ ある → （　　）

7 ・ 薬や食べ物アレルギーがありますか？
□ 特になし　□ ある → （　　）

8 ・女性の方のみ）妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ → □ いいえ □ はい
授乳中ですか？ → □ いいえ □ はい

9 ・スポーツをされている方へ → 種目は何ですか？（　　）
いつからしていますか？（　　）

10 ・必要であればリハビリテーションは希望されますか？　・はい　・いいえ

※ ご提供頂いた個人情報は、医療の目的以外には使用いたしません。

医療法人翔寿会 こんどう整形外科クリニック