

受付No.

日付

受付時間

:

加算No.

|      |     |            |                |        |      |
|------|-----|------------|----------------|--------|------|
| フリガナ |     | 性別         | 生年月日           |        | 年齢   |
| 氏名   |     | 男・女        | 明治・大正<br>昭和・平成 | 年 月 日生 | ( 歳) |
| 住所   | 〒 - | 自宅<br>電話番号 | あり<br>なし       | -      | -    |
|      |     | 本人<br>携帯番号 | あり<br>なし       | -      | -    |

※未成年の方・70歳以上の方は、緊急時にご家族との連絡が取れるよう、緊急連絡先を必ずご記入ください

ご家族の携帯電話番号

続柄

お名前

- - ( ) ( )

|                       |                                  |    |        |
|-----------------------|----------------------------------|----|--------|
| 職種                    | 学校名                              | 学年 | 部活・習い事 |
|                       | 学校                               | 年  |        |
| ●介護保険証はお持ちですか？ はい・いいえ | ●保護者の方はご一緒ですか？(中学3年生までの方) はい・いいえ |    |        |

●いつから症状がありますか？

月 日・ およそ 年 月頃から  
又は、年齢 歳頃から

●何をしても痛めたのか、具体的にご記入ください

( ) 原因不明

●どのような症状ですか？

痛み・腫れ・しびれ・その他 ( )

●試合・大会・発表会などのご予定はありますか？

はい ( 種目と日付 ) いいえ

●診察担当医師のご希望を教えてください

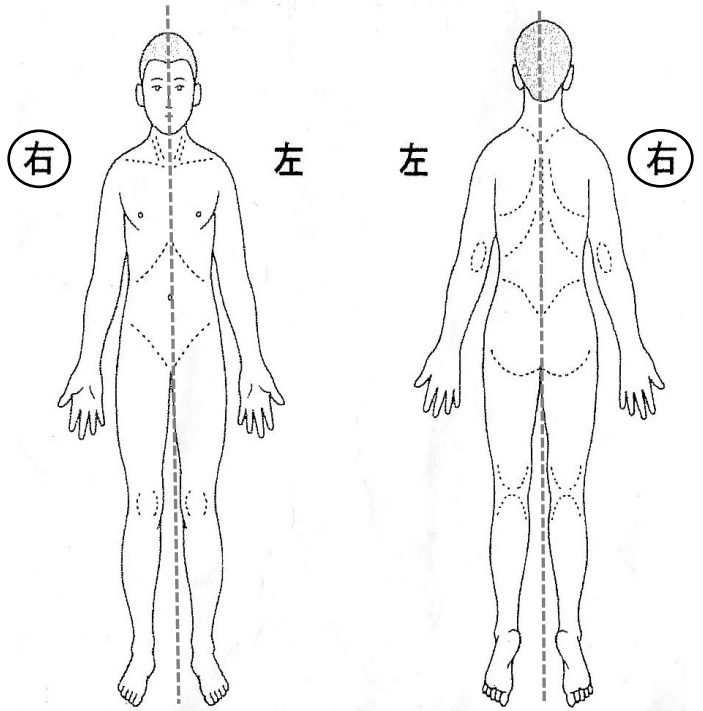
(希望がない場合はどちらでもよいに必ず○をつけて下さい)

院長 ・ 島野 ・ どちらでもよい

●他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい ( 病院 医院  
クリニック ) いいえ  
整骨院

●↓痛みのある部位に○をつけてください。



●内科含め、持病や手術をしたことはありますか？

はい ( ) いいえ

●現在、通院中の医療機関・整骨院はありますか？

はい ( 病院 クリニック ) いいえ  
医院 整骨院

●現在、飲んでいる薬はありますか？

はい ( 薬剤名 ) いいえ

●本日お薬手帳はお持ちですか？

はい (お持ちの方は受付にてお預かりさせていただきます) いいえ

●貼り薬や塗り薬でかぶれたことはありますか？

はい (貼り薬・塗り薬) ( 薬剤名 ) いいえ

●薬や注射でアレルギー反応がでたことはありますか？

はい (薬・注射) ( 薬剤名・その時の症状 ) いいえ

●現在妊娠していますか？

はい ( 週目 ) いいえ

●当クリニックを選んだ理由を教えてください

近所 ・ ホームページ ・ 以前来院あり ・ 家族が来院あり ・ 口コミ ・ 知人からの紹介 ・ 学校からの紹介