

受付No.

日付

受付時間

:

カルテNo.

フリガナ				性別	生年月日			年齢
氏名				男・女	明治・大正	年	月	日生 (歳)
				昭和・平成				
住所	〒 -							
職種			学校名		学年		部活・習い事	
			学校		年			
自宅の電話番号	あり	-	-	※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 - - (.)				
本人の携帯番号	あり	-	-					
●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 歳位の頃から				●介護保険証はお持ちですか 有り ・ 無し				
●何をしてどう痛めたのか、具体的にご記入ください () ・原因不明				●↓痛みのある部位に○をつけてください。				
●どのような症状ですか？ 痛み・腫れ・しびれ・その他()								
●今後の試合の予定など 有り () 無し								
●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 ・ 矢野 ・ どちらでもよい								
●他の医療機関からの紹介や紹介状はありますか？ 有り (病院 クリニック) 無し 整骨院								
●内科含め、持病や手術をしたことはありますか？				有り () 無し				
●現在、通院中の医療機関・整骨院はありますか？				有り (病院 クリニック 医院 整骨院) 無し				
●現在、飲んでいる薬はありますか？				有り () 無し				
●本日お薬手帳はお持ちですか？				有り (お持ちの方は受付にてお預かりさせていただきます) 無し				
●貼り薬や塗り薬でかぶれたことはありますか？				貼り薬 ・ 塗り薬 ・ その他() 無し				
●薬や注射でアレルギー反応がでたことはありますか？				薬 ・ 注射 ・ その他() 無し				
●現在妊娠していますか？				有り (ヶ月) 無し				
●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								