

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 昭和・平成	年 月 日生	(歳)
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 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		
本人の携帯番号	あり なし	-	ご家族の携帯電話番号 続柄・お名前		
●いつから症状がありますか？		おおよそ 年 月頃から		●介護保険証はお持ちですか 有り・無し	
月 日・又は、年齢 歳位の頃から				- - (.)	
●何をしてどう痛めたのか、具体的にご記入ください			●↓痛みのある部位に○をつけてください。		
()・原因不明					
●どのような症状ですか？					
痛み・腫れ・しびれ・その他()					
●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					