

受付

チェックイン

受付No.

日付

受付時間

:

加付No.

フリガナ		性別	生年月日		年齢
氏名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(歳)

住所	〒 - -	自宅電話番号	あり なし	-	-
		本人携帯番号	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
ご家族の携帯電話番号 () () () 続柄 お名前

お勤めされている方は職種を記入してください	学校名	学年	部活・習い事
	学校	年	

● 保護者の方は一緒ですか？ (高校3年生まで) はい いいえ
 ● 介護認定を受けていますか？ (40歳以上の方) はい (受付に認定証のご提示をお願いします) いいえ
 ● 介護保険を使ったリハビリテーションを受けていますか？ はい いいえ

● 現在どのような症状がありますか？
 痛み・痺れ・腫れている・はり感・できもの
 鈍い感じ・違和感・熱を持っている・こわばり
 その他 ()

● いつから症状がありますか？
 ()

● 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

● 診察担当医のご希望はありますか？
 あり ・ なし
 (ありの場合→ 医師)

本日診てもらいたいところに○をつけてください

● 試合・大会・発表会などのご予定はありますか？ はい (名称と日付) いいえ

● 本日希望される治療は何かありますか？
 応急処置をしてほしい・薬がほしい・注射をしてほしい
 リハビリをしたい・セカンドオピニオン・医師にまかせる
 その他 ()

● 持病や、過去に手術を受け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 医院 整骨院) いいえ

● 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 (お持ちの方は診察室でご提示ください) 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

● 当院を選んだ理由を教えてください インターネット・近所・以前来院あり(家族含む)・口コミ・紹介

● 上記でインターネットを選んだ方へ
 *検索した時の「検索ワード」を教えてください (当てはまるもの全てに○をつけてください)
 宇都宮・整形外科・スポーツ整形・遅くまでやっている病院
 その他 ()

*閲覧サイトを教えてください ホームページ・その他 ()