

受付

チケット

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 - -	
	本人電話番号	あり - -	
	携帯番号	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

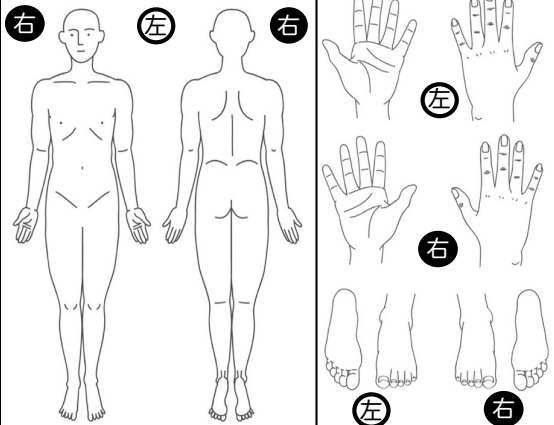
● 保護者の方は一緒ですか？（高校3年生まで） はい いいえ

● 介護保険を使ったり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・違和感・熱を持っている  
鈍い感じ・はり感・こわばり・できものがある  
その他 ( )

本日診てもらいたいところに○をつけてください



● いつから症状があるか、分かる範囲でご記入ください  
( 20 年 月 日 から )

● 何をしてもどう痛めたのか、具体的にご記入ください  
( ) ・原因不明

● 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・薬の処方・注射・リハビリ・セカンドオピニオン  
医師に任せる・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 ( 病名・手術名 ) 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

\* 検索した時の「検索ワード」を教えてください

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 ( )

医師のご希望がある方は受付でお伝えください。(※長谷川の診察は予約制です)