

フリガナ お名前		〒	
男・女		自宅番号	
生年月日	大 昭 平 年 月 日	携帯番号	(続柄)

*食べ物やお薬でアレルギーはありますか？ 無・有 (食べ物: お薬:)

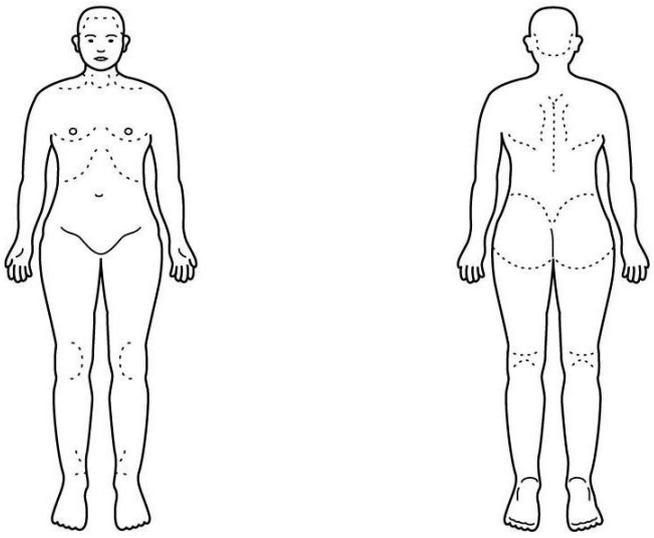
(女性の方にお尋ねします)
 現在、妊娠中や授乳中、または妊娠の可能性はありますか？
 無・有 (妊娠 ヶ月 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性)

*過去に手術を受けたことがありますか？ 無・有
 何の手術をしましたか？ ()

*ペースメーカー、金属類、人工関節などが体内にありますか？ 無・有 (部位)
 ストーマ、装具、人工内耳など装着していますか？ 無・有 (部位)
 透析をしていますか？ 無・有 (シャント 右・左)

*現在、治療中や経過観察中の病気やケガなどありますか？ 無・有
 糖尿病 高血圧 喘息 胃潰瘍 緑内障 白内障 心臓病 ()
 腎臓病 () 肝臓病 () その他 ()
 治療している病院名 ()

*現在、飲んでいるお薬はありますか？ 無・有 ()
 スポーツや習い事はしていますか？ 無・有 (スポーツ: 習い事:)

今日はどうされましたか？	<p>痛いところに○をつけてください。</p>  <p>前 後</p>	
いつ頃から		
どこが、どのようにありますか？		
原因として思い当たる事がありますか？		
紹介状 有・無	画像 有・無	お薬手帳 有・無