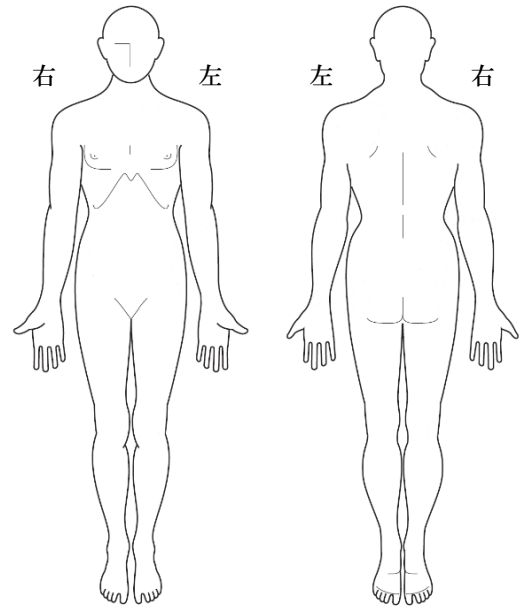
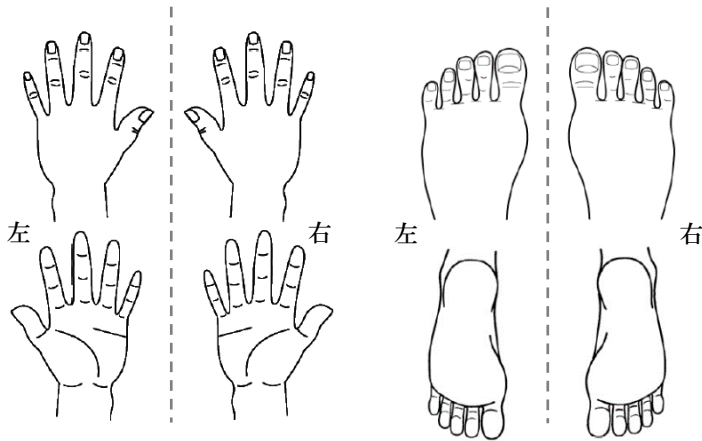


ふりがな	男・女 才)	ご職業
お名前		勤務先
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生		勤務先 TEL - -
自宅住所 〒 -		
自宅 TEL - -	※緊急連絡先 TEL - -	
携 帯 - -	続柄() 施設名()	
介護認定を受けていますか? はい・いいえ		

☆工作中・通勤途上のケガですか? いいえ・はい ⇒ はいの方 負傷または発病した日 月 日

☆交通事故によるケガですか? いいえ・はい ⇒ 単独事故・相手がいる事故

☆症状のあるところに○を付けて下さい



☆いつ頃からですか?

☆どんな時に症状がありますか?

痛み・しびれ・赤い・腫れている・動かない

☆思い当たる原因はありますか?

転倒・ジム・習い事・趣味・部活(部)
その他(具体的に)

☆ふだん飲んでいる薬はありますか?

ない・ある

☆今回の症状でほかの病院に行ったことがありますか?

ない・ある ⇒いつ頃() 病院名()

☆飲み薬や食べ物にアレルギー等がありますか?

ない・ある()

☆今までに病気・手術をしたことがありますか?

高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・ペースメーカー
ステント・腰・首・膝・肩・その他()

☆下記に当てはまる方は○をつけてください。

妊娠中・授乳中・難聴・閉所恐怖症

☆希望するものに○をつけてください。

MRI・骨密度検査・リハビリ