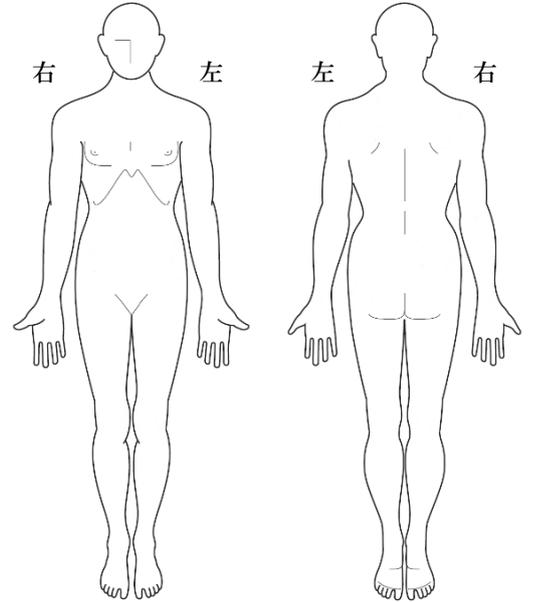
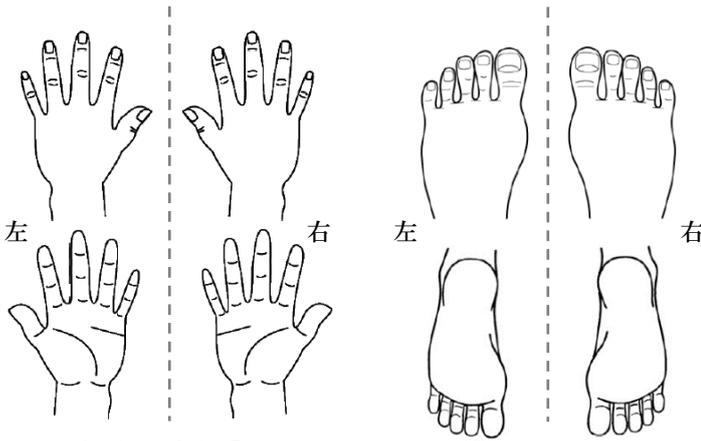


ふりがな	男・女	ご職業
お名前 (才)		勤務先
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生		勤務先 TEL - -
自宅住所 〒 -		
自宅 TEL - -	※ 施設・家族 連絡先 TEL - -	
携 帯 - -	(施設名: ) ・ (続柄: )	
介護認定を受けていますか? はい・いいえ		

☆業務中・通勤途中のケガですか? 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 ⇒ はいの方 相手がいる事故ですか? いいえ・はい

☆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

お薬手帳をお持ちの方はお出してください

☆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