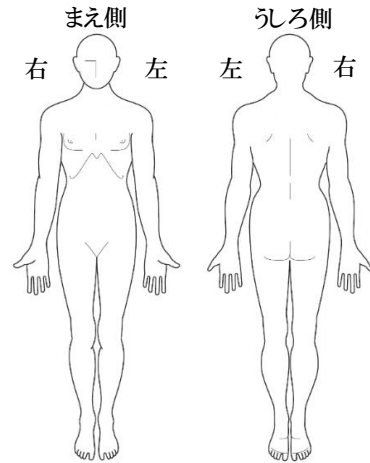
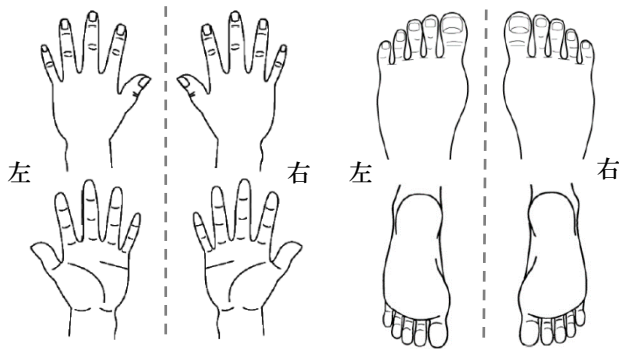


ふりがな	男・女 才	ご職業
お名前		勤務先
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	勤務先 TEL - -
自宅住所 〒 -		
自宅 TEL - -	※ 施設・家族 連絡先 TEL - - (施設名:)・(続柄:)	
携 帯 - -		
介護認定を受けていますか? はい・いいえ 利用中のサービス(デイサービス・デイケア・その他)		

☆業務中・通勤途中のケガですか? はい・いいえ ⇒ 「はい」の方は、記入前に受付へお申し出ください。
 ☆交通事故によるケガですか? はい・いいえ

☆症状のあるところに○を付けて下さい。



☆いつからですか?

☆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()

☆どのような症状ですか?

痛み・しびれ・腫れ・赤い・傷

☆現在、治療中の病気はありますか?

ない・ある()

☆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)

☆現在、飲んでいる薬はありますか?

ない・ある()

☆手術を受けたことがありますか?

ない・ある()

☆薬・注射などにアレルギーはありますか?

ない・ある()

☆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
 ペースメーカー・ステント

☆希望するものがあれば○をつけてください。

MRI・骨密度検査・リハビリ・診断書

☆ みなさまへのお願い ☆

お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

下記をお持ちの方はお出しください。

- ・ 公費医療費受給者証 (子ども、ひとり親、障がい者等)
- ・ スポーツ振興センターの書類

ご記入後、受付へお渡しください。

ご協力ありがとうございました。