

(フリガナ)

氏名 _____

〒 住所 _____

自宅電話 _____

年齢 _____ 歳

職業 _____

携帯電話 _____

緊急連絡先 _____ (続柄)

1. 本日受診される症状について

①症状はいつからどのようなものですか？(痛みのある箇所など)

②本日の症状についてこれまでに他の病院で治療を受けられましたか？ (はい ・ いいえ)

病院名 _____

告げられた病名 _____

③治療方針に関して を付けてください。

～注射について～

注射目的で来院

医師と相談の上、決定

注射はしたくない

～リハビリについて～

リハビリ希望

医師と相談の上、決定

リハビリはしたくない

～介護保険について～

利用している

利用していない

2. 現在ほかの病院にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

・かかっている病院名 (_____)

・病名 糖尿病 ・ 高コレステロール血症 ・ 高血圧 ・ 帯状疱疹

その他 _____

3. 現在、以下の抗凝固剤を飲んでますか？ を付けてください。

ワーファリン

プラザキサ

イグザレルト

エリキュース

リクシアナ

4. 過去に手術を受けられたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

病名： _____ (_____ 歳)

5. 体内に金属が入ってますか？ (はい ・ いいえ)

人工関節(膝 左・右) (股関節 左・右) (肩 左・右) プレート(部位： _____)

ステント・心臓人工弁・ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・その他(_____)

6. 飲み薬・注射・その他でアレルギー症状が出たことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は内容をお願いします。

(_____)

7. 下記の中に該当するものはありますか？ (はい ・ いいえ)

妊娠中(_____ 力月)

人工透析(シャント 左 ・ 右

曜日)

深部静脈血栓症

心房細動

8. 紹介していただいた方がいらっしゃいましたら記入してください。 (_____ 様)

※ 当院ではご本人確認の為に名前をフルネームでお呼びしています。

※ マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用している医療機関です。

※ お薬手帳をお持ちの方は、診察時医師にご提示をお願いします。