

はじめて診察を受けられる方へ

記入年月日 年 月 日

住所 〒 -	フリガナ
	氏名
電話 () -	生年月日 大・昭・平 年 月 日
携帯 () -	男 / 女 () 歳
介護認定 なし ・ あり (要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	

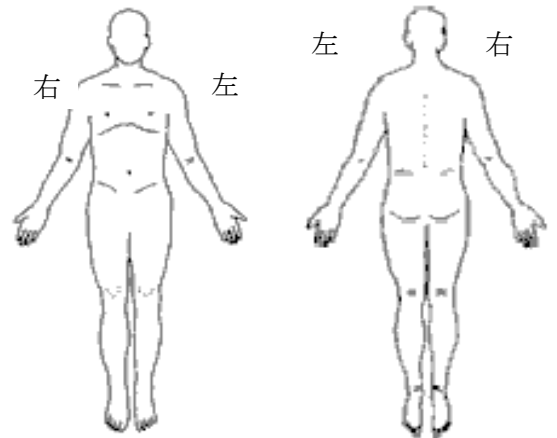
1. どのような症状がありますか？

↓症状のある部分に○を付けて下さい

痛み／しびれ／はれ／その他

いつ頃から？

思い当たる原因は？



※労働中・通勤中の事故（労働保険使用）または交通事故（自賠責保険）ですか？

はい ・ いいえ

（交通事故の方は警察に提出用の診断書は必要ですか？

はい ・ いいえ）

2. 今まで手術を受けたり、大きな病気、入院をしたことがありますか？

ない ・ ある

何年前：

病名・手術など：

3. 現在治療中のものはありますか？

ない ・ ある

高血圧 ・ 心臓病 ・ 呼吸器疾患 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病

糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ その他【

4. 現在服用しているお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

ない ・ ある 【お薬の名前：

】

5. じんま疹がでる、気分が悪くなるなどアレルギー症状が出たことはありますか？

ない ・ ある 【お薬、食べ物など

】

6. 女性の方、妊娠中でしょうか？

いいえ ・ 妊娠中（ 月） ・ 授乳中 ・ わからない

⇒ 裏面へ続きます ⇒

《 当てはまる方 教えてください 》

当てはまるところに☑や○を付けてください。

7. 最近姿勢が悪くなったり、身長が縮んだと感じますか？

ない ・ ある

8. 日中トイレに行く回数が8回以上ですか？また、夜間トイレに起きますか？

ない ・ ある

9. 当てはまるトイレのおなやみがありましたら、☑ を付けてください。

くしゃみをする際に尿漏れする時がある

立ち上がる際に尿漏れする時がある

大きな声を出した際に尿漏れする時がある

トイレに間に合わないほど急な尿意がある

便秘又は下痢がある

上記にはない悩みがある（内容： _____ ）

特に当てはまらない

10. リハビリを希望されますか？

希望する 興味がある 希望しない 診察の結果で必要ならば

11. 鍼灸治療を希望されますか？

希望する 興味がある 希望しない 診察の結果で必要ならば

12. 介護保険サービスについて（65歳以上の方）

① 介護保険の認定を受けていますか？（はい いいえ）

※はい と答えた方に質問します

利用している内容は？（ デイサービス・ デイケア ・ 訪問リハビリ ・ その他【 _____ 】）

利用していない

わからない

② 当院の介護保険リハビリ（ 通所リハビリ 訪問リハビリ ）について

興味があり見学（体験）してみたい 知っているが興味がない

利用したことがある

13. どちらで当院をお知りになりましたか？

知人のご紹介 当院ホームページ インターネット Google map

看板 ポトス等のフリーペーパー・雑誌

他院様紹介【 _____ 】 その他 【 _____ 】

その他、なにか伝えたいことがございましたら ご自由にお書きください。

※回答についてご不明な点がございましたら、お気軽にスタッフにお声がけください。