

はじめて診察を受けられる方へ

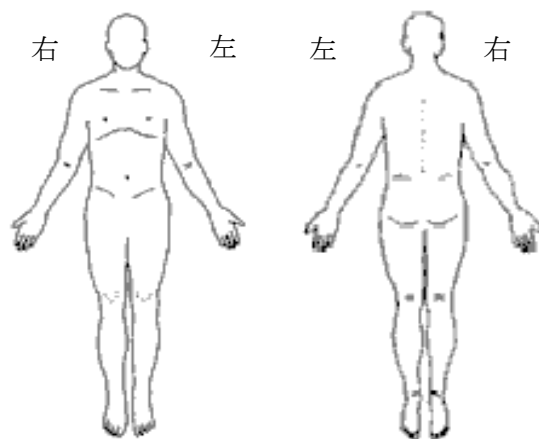
記入年月日 平成 年 月 日

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/腫れ/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(労災保険使用)または
交通事故(自賠責保険使用)ですか？
はい ・ いいえ

2. 今まで手術を受けたり、大きな病気、入院をしたことはありますか？

ない ・ ある (何年前: 病名・手術名など)

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(カ月) ・ 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 》

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悩みがありましたら、☑を付けて下さい。

クシャミ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

便秘または下痢がある

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・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

11. どちらで当院をお知りになりましたか？

知人の紹介 ・ 看板 ・ ホームページ ・ その他【 】

その他、なにか伝えたいことがありましたら ご自由にお書きください。

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