

年 月 日



ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前				年 月 日 才
〒 □□□-□□□□		(15才未満のお子様の体重 kg)		
ご住所				
①携帯番号		②ご自宅の電話番号		③緊急連絡先(ご家族様など)

1. いつから、どうされましたか？ どこか痛みはありますか？

2. 今までにお薬・注射・食べ物などで、あわなかったことはありますか？

はい ・ いいえ (具体的に)

3. 今までに大きなご病気をされたことはありますか？

はい ・ いいえ (具体的に)

4. 現在治療中のご病気、服用中のお薬はありますか？

はい ・ いいえ (具体的に)

5. 女性の方にお聞きします。現在ご妊娠されていますか？

はい ・ いいえ ・ あるかもしれない

6. 女性の方にお聞きします。現在授乳をされていますか？

はい (才 ヶ月) ・ いいえ

7. 本日御来院のきっかけを教えてください。

- 近いから 人に聞いて 看板・広告を見て
 インターネット・ホームページを見て

以下の治療・検査などをご希望される方はチェックしてください。
(適否は診察の後決めさせていただきます)

特にご希望がない方はもちろん空白で結構でございます。

リハビリ・マッサージ 点滴・注射 血液検査

レントゲン 血管年齢・動脈硬化の検査(ABI)

生活習慣病(メタボリック症候群)の検査

* 血圧、糖尿病、コレステロール・中性脂肪など

こつそしょうしょう(骨粗しょう症)検査 インフルエンザの検査

その他()

*ジェネリックをご希望の方は薬局でお申し付けくださいね。

*当院は生活習慣病・メタボリック症候群(高血圧・コレステロール・糖尿病・脂肪肝・痛風など)の治療ならびに整形外科全般・保険診療によるリハビリ・マッサージに力を入れております。

院長・医学博士 土橋 正樹