

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日  
名前 \_\_\_\_\_ 才 男・女 血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 趣味 \_\_\_\_\_ スポーツ \_\_\_\_\_ 喫煙 有・無  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg アレルギーなし・あり( )

本日はどうされましたか

・患部はどこですか？ ( 左 ・ 右 ) \_\_\_\_\_

・いつからですか？ \_\_\_\_\_

・どうしましたか？ (○をつけてください)

1. 痛い 2. しびれる 3. 麻痺している 4. 重い感じ 5. 心配 6. 変形している  
7. その他 \_\_\_\_\_

・原因は何ですか？ \_\_\_\_\_

・どうした時に症状が出ますか？ \_\_\_\_\_

どこかにかかれていましたか？ いいえ・はい \_\_\_\_\_

現在、服用中のお薬はありますか？ いいえ・はい \_\_\_\_\_

既往歴はありますか？ 1. なし 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 心疾患 5. 脳卒中 6. 胃潰瘍  
7. 腎疾患 8. 透析 9. 喘息 10. その他 \_\_\_\_\_

当院を何で知りましたか？

1. 知人の紹介 2. 湘南鎌倉病院でかかっていた 3. モノレールの案内  
4. 電柱広告 5. 通りがかりに見つけて 6. インターネット 7. 他院より紹介  
8. タウンページ 9. その他 ( )