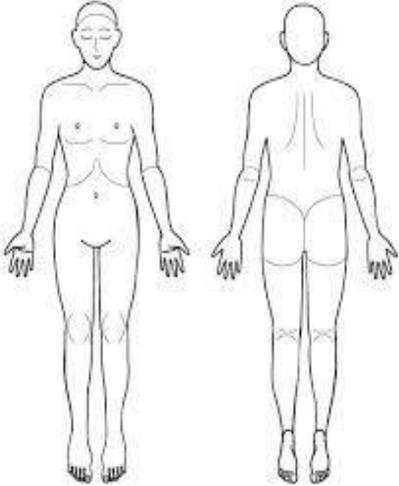


フリガナ		男・女	大正・昭和・平成・令和		
氏名			年	月	日生まれ(満歳)
住所	〒 -				
携帯電話	-	自宅電話	-		
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他( )				
スポーツ歴	(約 年)	身長	cm	体重	kg

個人情報厳重に管理させていただきます

<p>◆どのような症状ですか？</p> <hr/> <p>◆いつ頃からですか？ ( )</p> <p>◆原因に心当たりがある方は該当する項目を○で囲んで下さい</p> <p>【1】 工作中 ・ 通勤途中 (ケガをした日：20 年 月 日)</p> <p>【2】 その他 ( )</p>	<p>◆症状がある箇所に○をつけてください</p> 
<p>◆現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？</p> <p>糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ その他 ( )</p>	
<p>◆現在服用しているお薬・サプリメントはありますか？ ◎お薬手帳を持参の方は受付にお願いします</p> <p>ない ・ ある (お薬： サプリメント： )</p>	
<p>◆今までお薬で副作用がでたことがありますか？</p> <p>ない ・ ある (具体的に： )</p>	
<p>◆女性の方へ。現在該当する項目を○で囲んでください</p> <p>妊娠中 ・ 妊娠の疑い ・ 授乳中 ・ 妊娠していない</p>	
<p>◆リハビリテーションを希望されるか○で囲んでください</p> <p>希望する ・ 希望しない ・ 必要があればする</p>	
<p>◆最近かかった医療機関はありますか？</p> <p>病院名 ( ) 紹介者 ( )</p>	
<p>◆女性50歳以上 / 男性70歳以上の方へ。</p> <p>当院では健康長寿のために、骨粗しょう症検査をおすすめしております。</p> <p>骨粗しょう症検査を ( 希望する ・ 希望しない / 現在治療している ・ 最近検査を受けた )</p>	