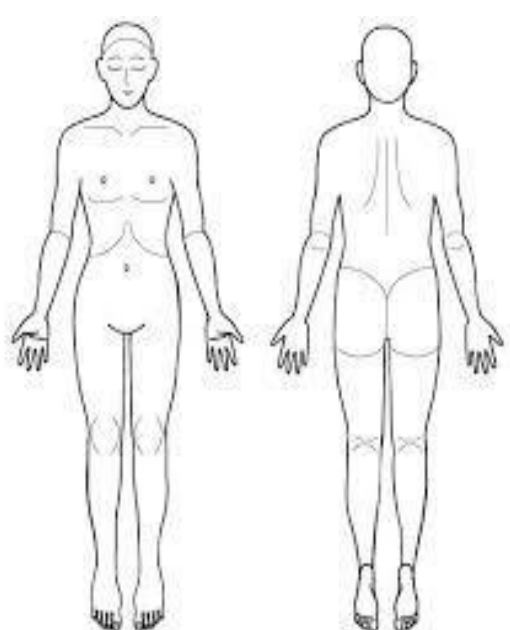


フリガナ			男	大正・昭和・平成・令和	
氏名			女	年	月 日 生まれ (満 歳)
住所	〒 -				
携帯電話	-	-	自宅電話	- -	
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他 ( )				
スポーツ歴	(約 年)	身長	cm	体重	kg

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    【2】 通勤途中</p> <p>【3】 交通事故 (事故日：20 年 月 日)</p> <p>【4】 その他 ( )</p> <p>【3】 交通事故に○を付けた方へ</p> <p>◆このケガで医療機関にかかるのは初めてですか？</p> <p>はい・いいえ</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はありますか？    ない・ある ( )</p> <p>◎お薬手帳を持参の方は受付にお願いします</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>◆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>◆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>	

当院は診療情報を取得・活用する事により質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。