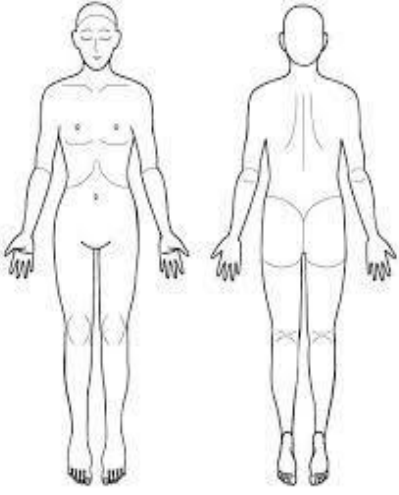


フリガナ			男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和	
氏 名				年	月
住 所	〒 -				
携帯電話 自宅電話	-	-	緊急 連絡先	-	続柄（ ）
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他（ ）				
スポーツ歴	(約 年)	身 長	c m	体 重	k g

◆どのような症状ですか？	◆症状がある箇所に○をつけてください 
◆いつ頃からですか？（ ）	
◆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 【1】 仕事中 ・ 通勤途中 （ケガをした日：20 年 月 日） 【2】 その他（ ）	
◆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？ 糖 尿 病 ・ 高 血 圧 ・ ぜ ん そ く ・ その他（ ）	
◆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 な い ・ あ る（お薬： サプリメント： ）	
◆今までお薬で副作用がでたことがありますか？ な い ・ あ る（具体的に： ）	
◆女性の方へ。現在該当する項目を○で囲んでください 妊 娠 中 ・ 妊 娠 の 疑 い ・ 授 乳 中 ・ 妊 娠 し て い な い	
◆リハビリテーションを希望されるか○で囲んでください 希 望 す る ・ 希 望 し な い ・ 必 要 が あ れ ば す る	
◆最近かかった医療機関はありますか？ 病院名（ ） 紹介者（ ）	
◆女性50歳以上 / 男性70歳以上の方へ。 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。 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 ）	