

ふりがな

氏名 _____ 様 (男性・女性)

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日(歳)

住所 〒 _____

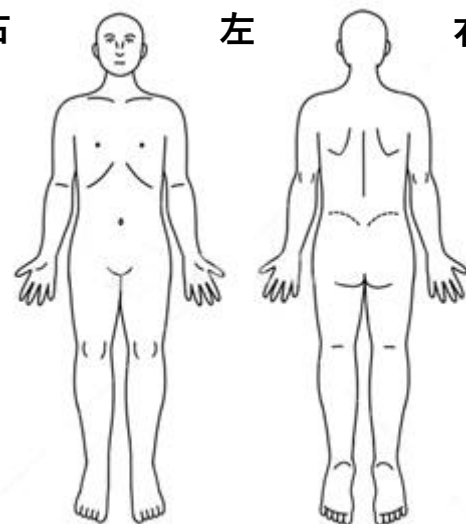
電話番号 () _____ 携帯番号 _____

職業 _____

症状について詳しくご記入ください。図で症状のある部位に○してください。

・症状が現れたのはいつからでしょうか？

右 左 右



・思い当たる原因やきっかけはありますか？

・症状の具体的な内容を教えてください

以下の質問にお答えください。

1.薬(局所麻酔も含む)による湿疹、アレルギーはありますか？

なし あり []

2.現在治療中の病気はありますか？

なし 高血圧症 糖尿病 喘息 その他 []

3.現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり []

4.レントゲンについて

希望する 必要なら受ける 不安がある

5. MRIについて

希望する 必要なら受ける 不安がある

6.骨密度検査(骨の丈夫さを調べる検査)について

希望する 希望しない

7.今までに大きな病気にかかったことはありますか？

なし あり []

8.今までに腰や股関節の手術をしたことがありますか？

なし あり []

9.【女性のみ】現在妊娠(授乳)をしていますか？

はい いいえ 可能性がある

10.介護認定を受けていますか？

受けている [要支援・要介護()] 受けていない