はじめて来院された方へ

（下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。）

令和　　年　　月　　日

ふりがな お名前		男・女	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生	
			被保険者（世帯主）との続柄	
ご住所	〒		電話	（　　）

（1）①．どうなさいましたか？どこが？（身体の悪い部分に○をつけてください）↓

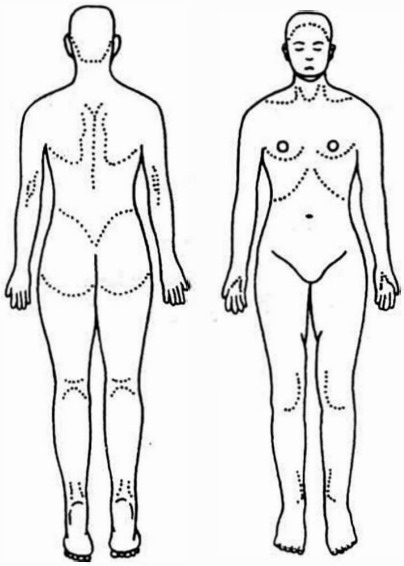
②．どんなふうに，悪いのですか？

痛い　　しびれる　　おもい　　こる

つっぱる　　はれている　　動きが悪い

冷える　　骨折と言われた

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿



③．いつからですか？

（　　日から）（　　日位前から）

④．それについて治療をうけたことがありますか？

ない，　ある

⑤．それについて手術をうけたことがありますか？

ない，　ある

（2）．今までにどんな病気をしましたか？　　ない　　ある

ある場合 → 心臓病，　肝臓病，　腎臓疾患，　肺疾患，　脳疾患，

糖尿病，　高血圧症，　低血圧症，　リウマチ，　喘息

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（3）．現在，他の病気で通院していますか？　　していない　　している

（4）．現在飲んでいる薬がありますか？　　ない　　ある

（5）．①．薬や食べ物で体に異常がおきたことがありますか？　　ない　　ある

ある場合 → それはどんな薬ですか（　　）

②．貼り薬や，塗り薬で，かぶれたことがありますか？　　ない　　ある

（6）．抗生物質を使用したことがありますか？　　ない　　ある

（7）．少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか？　　ない　　ある

（8）．血液型は　（ A型，　B型，　O型，　AB型 ），Rh（ ＋・－ ）

（9）．いままでに局所麻酔をしたことがありますか？（抜歯など）　　ない　　ある

（10）．女性の方に　現在妊娠中ですか？　　いいえ　　はい（　　ヵ月）

介護保険あり　なし

ケイ・メディカルクリニック