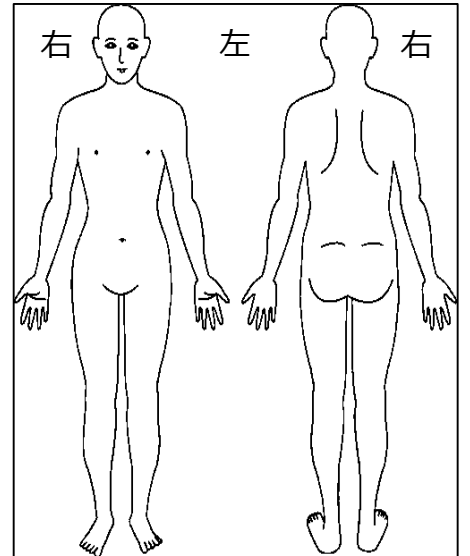


患者氏名 : 生年月日 : 年齢 : 歳

1. 身長 (cm) 体重 (kg) 体温 (°C)

2. いつから症状がありますか? => (年 月 日から)

3. 右図の症状のある部位に○印  をつけてください



①どのような症状ですか?

- 痛み しびれ かゆみ 脱力感 灼熱感
 その他 ()

②いつその症状がありますか?

- 持続して症状がある 突発的に症状が出る
 特定の動作で症状が出る: どのような動作ですか? => ()

4. この症状で、治療を受けたことはありますか?

- いいえ
 はい => いつ頃 :
治療した機関 :
診断された病名 :
検査内容 : レントゲン・MRI・CT・その他 ()
治療内容 : 処方・注射・その他 ()

5. 現在、持病・他の病気で治療をしていますか?

- いいえ
 はい => 高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・腎臓病・アレルギー・精神科疾患
その他 ()

6. 現在内服している、または注射している薬剤はありますか?

- いいえ
 はい => 薬手帳持参
 薬手帳をお忘れの方はご記入をお願いします ()

7. 過去に病気やケガ、手術で治療したことがありますか?

- いいえ
 はい => いつ頃: 治療の内容:

【手術した場合】

手術部位: 手術を受けた病院名:

