

治療受付票

平成 年 月 日 ()

フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭・平 性別 男・女 年 月 日 (歳)
住所	(方 号室)
電話 ()	職業
世帯主氏名	続柄 ご紹介者の氏名

どのようにして当院をお知りになりましたか。

- ・ 知人、家族の紹介
- ・ 家が近くだから
- ・ 職場が近くだから
- ・ 看板を見て
- ・ 電話帳を見て
- ・ ホームページを見て
- ・ その他 _____

今回のけが（痛み）はどのようにして発症しましたか。

いつ 月 日 () 何をして _____

以前、同様のけが（痛み）を経験したことはありますか。

はい・いいえ

約 年 ヶ月まえ 何をして _____

今回のけが（痛み）で困っていることは何ですか。

- ・ 日常生活
- ・ 仕事
- ・ 趣味
- ・ スポーツ
- ・ その他 _____

今回のけが（痛み）で他の病院・接骨院等に行きましたか。

はい・いいえ

月 日 ~ 月 日

受傷部位（痛む場所）を○で囲んで下さい。

院名 _____

現在、他の疾患で病院に通っていますか。

はい ()・いいえ

投薬は、有・無

薬の種類 _____

湿布や薬でかぶれたり、アレルギーが出たことはありますか。

はい・いいえ

薬品名 _____

現在、妊娠していますか。(女性のみ)

はい・いいえ・わからない

