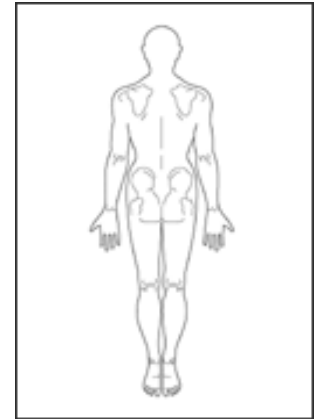
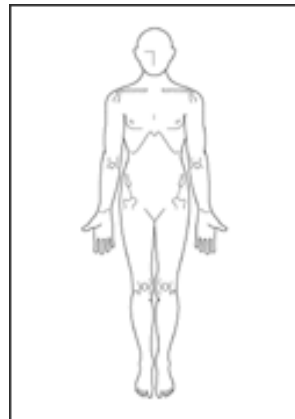


ふりがな		性別	男・女	年齢	歳		
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	生まれ
住所	〒						
Tel(自宅)				Tel(携帯)			
体温	°C	身長	cm	体重	kg		

1. 本日の受診の理由は何ですか。
 痛みの治療・その他の症状
 ()
 症状があるところを右図に○で記して下さい。



2. 生活にどのような支障がありますか。

3. いつ頃からですか。
 (年 月 日頃から)

4. その時何か原因がありましたか。
 はい (原因:)・いいえ

5. 今までにその症状をどこかで診てもらいましたか。
 はい(どこで)・いいえ

6. その時どのような治療を受けましたか。
 薬()・注射・リハビリ・電気治療・はり・
 その他()

7. アレルギー体質や異常体質と言われたことがありますか。
 はい・ いいえ

8. 注射や薬で気分が悪くなったり発疹が出たりしたことがありますか。
 はい(できれば詳しく:)・ いいえ

9. 今までに歯科等で麻酔注射を受けて異常が出たことがありますか。
 はい(できれば詳しく:)・ いいえ

10. 現在、治療中の病気はありますか。
 はい(できれば詳しく)・ いいえ
 内服中の薬()

11. 今までに手術をされたことがありますか？
 はい(できれば詳しく)・ いいえ

12. 現在 妊娠、授乳中ですか
 はい・ いいえ

ご記入ありがとうございました。

