緊急連絡先

●来院のきっかけとなった症状をなるべく詳しくお書きください

痛みの場所を赤色

電話番号

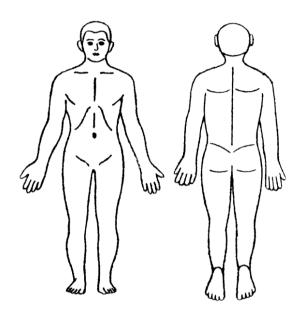
<u>しびれ</u>の場所を<u>青色</u>

<u>違和感</u>の場所を<u>黒色</u>を書き入れてください

※どのような症状ですか?

)

続柄(



※その症状はいつからですか?

- ●これまでの主な職種
- ●これまでの主なスポーツ歴

●今までにかかった病気、けが、治療はありますか? はい いいえ

「はい」の方は、該当する箇所に〇をつけてください

高血圧 糖尿病 腎疾患 肺炎 結核 関節リウマチ 膠原病 パーキンソン病

不整脈 心筋梗塞 心不全 狭心症 脳梗塞 脳出血 下肢静脈瘤

喘息(最終発作: 年前) 前立腺肥大 肝炎(B型・C型) 感染症(HIV・梅毒)

悪性腫瘍(がん)(部位: 新型コロナウイルス感染症(発症時期: 年 月)

上記以外のご病気があれば記入して下さい

手術歴があれば、いつ頃何の手術をしたのかご記入ください

●現在までに骨粗鬆症の治療で注射をされていたことがありますか? はい ・ いいえ「はい」の方は該当する治療について〇をつけて下さい。

イベニティ ・ テリボン ・ プラリア ・ ボンビバ ・ エルシトニン ・ 自己注射( 毎日 ・ 週に2回 ) その他( ) ・ 名前は分からないが( 週に1回 ・ 月に1回 ・ 半年に1回 )打っていた

●体内に金属を入れる手			はい	いいえ
「はい」の方は、該当する籄		-	_	
ペースメーカー ステント				( )
→MRI撮影は可能でしょう	か? はい・し	いいえ ・ 分かり	らない	
「分からない」に〇をされた	方は、その手術を受け	けた医療機関名をこ	ご記入ください。	
(場合により、医療機関へ確	認することがございま	ミす)		
●現在飲んでいる薬を記	入してください			
(処方の内容が分かるものを	提出していただければ	ば記入の必要はあ <sup>り</sup>	<b>りません</b> )	
●薬剤・食物アレルギーは	ありますか?	はい	いいえ	
「はい」の方は、アレルギーのあ		-	· · · •	
1 190 - 1-1/2 ( ) 1 1 COOL			2010	
●麻酔で体調を崩したこと	がありますか?	はい	いいえ	
「はい」の方は、麻酔の種類と、	症状の詳細を記載して	ください。		
●交通事故ですか?	はい	いいえ		
「はい」の方は下記事項もご				
単独事故 ・ 相手あり				
受傷日 年	月 日			
文	л			
●仕事中・逐数冷中での	かなおえ ナシロ	1415	いいえ	
●仕事中・通勤途中での	の住我ですか?	はい	いいえ	
		9×44-14-+-11-+-+	40 H1	1.1.5
●女性の方へ:現在妊娠中	P、または妊娠の可	毛性はめりますが	か? はい	いいえ
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •			=	
●アルコールを飲みます			いいえ	
(種類:	)を(	)杯/毎	日・週 回・	機会飲酒
●たばこを吸いますか	はい	過去に吸っ	ていた い	いえ
喫煙歴のある方はご記入	下さい 1日	本 喫煙年	数年間(	歳頃~)
●現在のお住まいについ	て は	お一人暮らし	同居	
●当院を受診されたきっ	かけを教えてくだる	とい。(複数回:	答可)	
知人の紹介 駅の				
地域情報紙 医療			III. 7 13 13 17	)
地域用拟机 医绿	放気のいり ひ和り	て 0716 (		,
●ハエス即掛ホに火炉の	手忙がもフーしナ・	*たけ ぶまかり	1+1>	1.1.=
●八王子駅構内に当院の	<b>徂似かのることを</b> し	- 14 しじりか?	はい	いいえ
●並加 けるしっニー	医连接胆子器 43-	- 1. 18 A 1	<b>4.</b> 0	
●普段、どのようにして		-		
知人に聞く ・ ネットで記	間へる · 雑誌 ·	<b>新聞や地域情報</b>	就 ・ 駅や街に	-ある看板
その他(		)		

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。