

氏名 _____

年齢 _____ 歳

性別 男・女

1. 職業は？できれば具体的に（
どのような動作が多いですか？（
2. 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性は？
ある（ある場合は受付けまでお申し出下さい）
3. どこが悪いですか？絵に○をつけて下さい。

いつから？ _____

どうして？ _____

どういう動作で痛みますか？ _____

4. 内服薬が必要なとき 飲む ・ 飲みたくない
5. 治療中の病気はありますか？

ない・ある 病名 _____

6. 飲んでいる薬はありますか？

ない・ある 薬品 _____

7. いままでに薬や注射でアレルギーをおこしたことはありますか？

ない・ある 薬名 _____

8. 何かスポーツはしてますか？

しない・する スポーツ名 _____

9. かかった事のある病気大きなケガ手術などがありますか？病名と年月を書いてください。

ない・ある（ _____ ）

10. 当院を知った理由 a. 紹介 b. ホームページ c. ネット検索（ _____ ） d. 看板を見て

