

氏名 (年齢: 歳) 身長 cm 体重 kg

◆職業 () ◆スポーツ () ◆利き手 ☐右 ☐左
◆他院からの紹介状や検査結果 ☐ある ☐ない ◆他院からの画像 ☐ある ☐ない

●今までに薬や注射でじんま疹が出たり、気分が悪くなったことが ☐ある ☐ない
あればその薬品名をお書きください。()
●現在、妊娠もしくは妊娠の疑いが ☐ある ☐ない

1. いつ頃から症状が出ましたか? 年 月 日から ・ ☐記憶にない

2. 原因に心当たりがあればお書き下さい
() ☐とくになし 仕事に ☐はい 交通事故 ☐はい
受傷 ☐いいえ で受傷 ☐いいえ

3. どこに症状がありますか? (身体の部位をご記入ください。または、下の図に印をしてください。)

4. どのような症状ですか? あてはまるものを○で囲ってください。
・痛みがある ・はれている
・熱くなっている ・発赤 (赤くなっている)
・しびれている ・関節の動きが悪い
・変形している ・その他 ()
・関節がぬけそうになっている

5. 症状が一番つらいのはどのような時ですか?
()

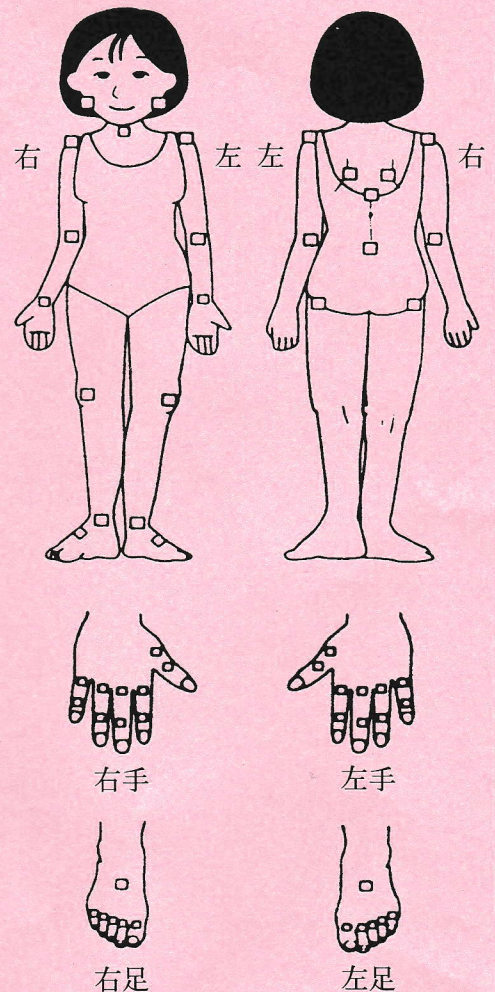
6. この症状に対して当院以外で治療を受けられたことがありますか? ☐ある ☐ない

7. 現在これ以外に治療を受けている病気があれば
病名と治療内容・薬品名をご記入ください。

☐ある ()
☐ない

8. 過去に治療を受けた病気、ケガがあればご記入ください。
例) 胃潰瘍で○年前に手術

☐ある ()
☐ない



当院では、院外処方をジェネリックで行っております。そのため、院外薬局では後発医薬品が処方されます。
後発医薬品を希望されない方は右☐にレ印をお願い致します。 ☐

診療情報の活用について

＜目的＞ 医療の質の向上を目的として学会等の発表や臨床研究のためのデータ収集に患者様の診療情報を活用する事があります。診療情報活用には、患者様個人を特定できないようにいたします。

＜活用する診療情報＞ 診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績書、X線写真、その他診療の過程で患者様の身体状況、病状等について作成された書面、画像等、診療を目的として病院が作成又は取得した記録等とします。

1. 上記、診療情報活用について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。
2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらの同意または申し出は後からいつでも、撤回・変更等を行うことが可能です。