

フリガナ		生年月日	
名前		大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）	
〒（ - ）			
住所			
電話番号	緊急連絡先	身長 cm	体重 kg

1、今日はどこを診てもらいたいですか？ ○をつけてください。

首 肩関節 ひじ 手首 手指
腰 肋骨・わき腹 ひざ 足首・甲 足指 その他（ ）

2、骨密度検査(20歳以上)希望しますか？ ・はい ・いいえ

3、本日お薬手帳はお持ちですか？ ・はい ・忘れた ・いいえ

4、現在飲んでいるお薬はありますか？ ・はい（ ） ・いいえ

5、今までに合わなかったお薬はありますか？ ・はい（ ） ・いいえ

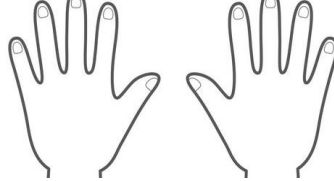
6、現在治療中の病気、かかったことのある病気はありますか？
・はい（ ） ・いいえ

7、今まで手術をしたことがありますか？ ・はい（ ） ・いいえ

8、女性の方のみ 妊娠・授乳中ですか？ ・はい(妊娠・授乳中 ケ月) ・いいえ

下記は爪予約の方のみ記入お願い致します。

●本日診せたい箇所に丸を付けて下さい。(複数可)

足   手 

● 症状について、あてはまるものを丸で囲んで下さい（複数可）

爪が巻いている 爪が化膿している 爪が出血している 爪が厚い 爪が剥がれそう・剥がれた
爪が切れない 爪の変色 爪をぶつけた 魚の目・タコが痛い
その他（ ）

● 他院を受診しましたか？ はい 治療内容（ ） ・ いいえ

● 運動していますか？ はい 種目（ ） ・ いいえ

● プール・サウナ等を日常的に行いますか？ はい(プール・サウナ・湯舟。足湯) ・ いいえ

● アルコール消毒にアレルギーはありませんか？ ある ・ なし

患者様へ

* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

* 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。