

氏名 _____ (男・女) (才)

(女性の方のみ質問です)

妊娠されていますか。又はその可能性がありますか。☑を付けてください。

いいえ

はい(妊娠 ヵ月)

●今回のケガは下記に当てはまりますか？当てはまる場合のみ☑を付けてください。

交通事故

工作中・通勤途中

その他(他人とのトラブル等)

●今回の症状を具体的に記入下さい。

・いつから(受傷日)

・どこで ・屋内() ・屋外() ・分からない

・どうして

・どこが

・どんな具合に等

●下記に当てはまる症状はございますか？【あり・なし】をお選び下さい。

頭痛 【あり ・ なし】

右腕のしびれ・痛み 【あり ・ なし】

首の痛み 【あり ・ なし】

左腕のしびれ・痛み 【あり ・ なし】

背中での痛み 【あり ・ なし】

右足のしびれ・痛み 【あり ・ なし】

腰痛 【あり ・ なし】

左足のしびれ・痛み 【あり ・ なし】

吐き気 【あり ・ なし】

めまい・ふらつき感 【あり ・ なし】

●下記に当てはまる症状はございますか？ 各質問にお答えください。

・アレルギーはありますか？

なし

ありの方→ 薬品名等() 薬・注射

花粉症

喘息

アトピ-

その他()

・今までに大きいケガや病気をしたことがありますか？

いいえ

はい(いつ頃

病名

)

・現在、治療中の病気はありますか？

いいえ

はい(医療機関名

病名

)

・その他、伝えておきたい点がございましたらご記入ください。

(例:ペースメーカー、体内金属、刺青等)

()

記入終了後、お手数ですが受付へお渡しください。