

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

職業： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

緊急連絡先 氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

緊急連絡番号： \_\_\_\_\_

1. 診察を希望する診療科に☑を付けて下さい

内科 糖尿病内科 整形外科 リハビリ

2. 当院以外の医院や病院に通院していますか？  
(はい ・ いいえ)

はい と答えた方どこに通院されていますか？

病院名： \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_

3. お薬手帳を持参されていますか？  
(はい ・ いいえ)

4. 飲まれているお薬があればご記入ください

\_\_\_\_\_

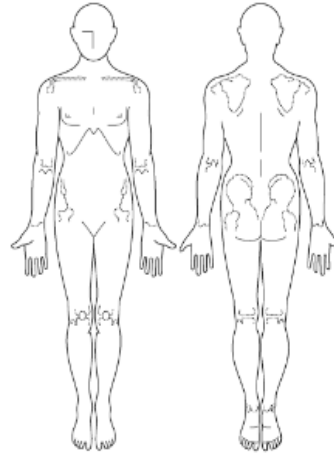
5. お薬や食べ物でアレルギーはありますか？  
はい (品目： \_\_\_\_\_) ・ いいえ

6. 骨密度を測定したことはありますか？  
(はい ・ いいえ)

7. (女性の方) 妊娠中・妊娠の可能性はありますか？  
(はい ・ いいえ)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

8. 症状のある部位を×で記載して下さい



9. 該当する症状に○をつけてください。

痛み・違和感・しびれ・動きが悪い・腫れ  
熱感・音がする・力が入らない  
嘔気・嘔吐・動悸・下痢・発熱・めまい  
転院目的・検査目的  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

10. 記入した症状はいつからですか？  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 )

11. 症状のきっかけ(原因)や、経過をなるべく  
詳細にご記入ください。

\_\_\_\_\_

12. ご来院のきっかけを教えてください。  
該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

通りがかり・近隣在住のため・職場に近い  
仁十クリニックでの受診歴がある・開院チラシ  
明石仁十病院での受診歴がある・SNS  
インターネットでの検索結果・他医療機関のご紹介  
知人からのご紹介や口コミ・  
その他( \_\_\_\_\_ )