

カナ 名前		男 女	明・大・昭・平 年 月 日生
住所	〒	電話	( )

◆今日はどうされましたか。あてはまるものに○をつけてください。

一般診療（業務時間以外のケガや病気）・交通事故・業務時間中のケガ（労災保険）・爪矯正

◆いつごろからどんな症状がありますか。できれば、右図に場所も記入してください。

年 月 日、または くらい前から

.....

.....

.....

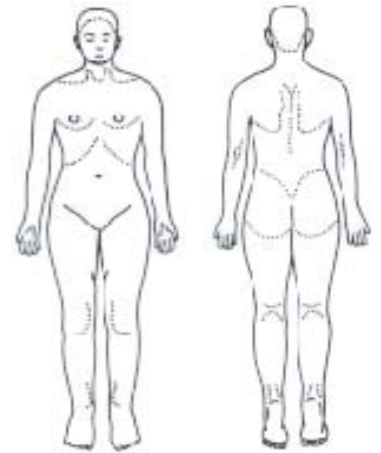
.....

.....

.....

.....

.....



★労災適応の傷病は健康保険では治療できません。

◆今回のことで、他の医師の診察や治療を受けたことがありますか。

ない・ある⇒病医院名 ( ) 診断名 ( )

◆（痛みの方のみ）一日のうちで、いつ痛みが強いですか。

朝・昼・夕・夜間・一日中・特に強い時間はない

◆（痛みの方のみ）どんなときに、痛みが強いですか。

\*身長      cm 体重      kg 仕事内容・部活（具体的に）

\*利き腕は 右・左・両方

\*食べ物・薬・注射のアレルギーはありますか  
ない・ある⇒

\*貼り薬や塗り薬で、かぶれたことはありますか。      ない      ある（貼り薬で・塗り薬で）

\*現在治療中（薬剤内服中）または過去に病気がありますか。  
ない・ある⇒ 喘息、胃炎、胃潰瘍、高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病（B・C型肝炎）、腎臓病、  
脳疾患、肺疾患、不眠症、高脂血症、その他（      ）

\*以前に手術を受けたことがありますか  
ない・ある⇒

\*タバコは吸いますか  
いいえ・はい⇒      本/日

\*女性の方へ：現在妊娠されていますか。  
いいえ・はい⇒妊娠      週、出産予定日      年      月      日

★その他要望事項があればご記入ください。

\*枠内は必ず記入して下さるようお願いいたします。  
この書類は診療以外の目的では使用いたしません。