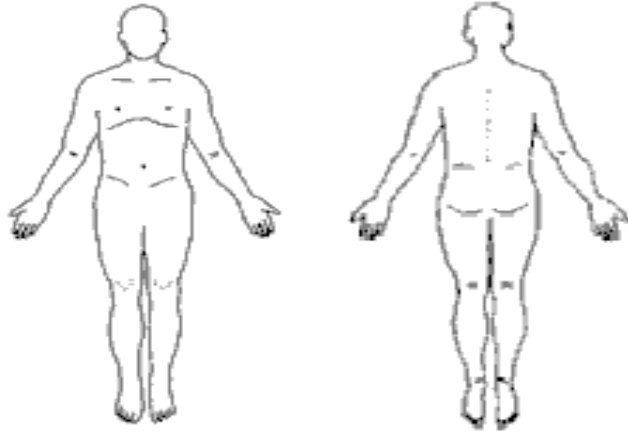


住所 〒 _____	フリガナ
	氏名 _____ 男 / 女
電話 _____	生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 歳

- 【1】 どこが痛いですか？
(右の図で示して下さい)



- 【2】 この24時間で最も痛いときを、「痛みなし」を左端、「考えられる限りの最高の痛み」を右端にして、どの程度の場所であるか、その場所にタテ線を引いてください。

痛みなし	_____	最高の痛み
------	-------	-------

- 【3】 いつから症状が起こったか、今どうであるかを書いてください。

[_____]

- 【4】 この症状で受診した医療機関の名前とそこでの診断、検査、治療内容を書いて下さい。

[_____]

検査： レントゲン、MRI、CT

- 【5】 飲み薬、注射などで副作用がありましたか？

ない ・ あり

ありに○ ……薬の名前

……どんな症状か？

[_____]

- 【6】 局所麻酔(歯科治療の麻酔)を受けたことはありますか？

ない ・ あり

ありに○ ……副作用はありますか？ ない ・ あり

- 【7】 ほかに病気はありますか？

ない

あり ……

[_____]

- 【8】 今飲んでいる薬はありますか？

ない

あり ……

[_____]

- 【9】 血が固まりにくくなるような薬を飲んでいますか？

バイアスピリン バファリン プラビックス ワーファリン

その他〔 _____ 〕

- 【10】 受診のきっかけは？

①自宅・職場・学校に近いから ②インターネットでクリニックホームページを見て

③前を通りかかった ④他の医療機関からの紹介 ⑤チラシ、情報誌で見た

⑥家族、知人、友人の薦め ⑦建物がきれいだから

⑧その他……理由[_____]