



10. 痛みのために、日常生活に支障がありますか。 (ある・ない)

11. 今までにこの痛みのために治療を受けたことがありますか。 (ある・ない)

a. どのように診断されましたか。

---

b. どのような治療を受けましたか。

---

12. 体に傷ができやすい、採血の時に血が止まりにくいことがありましたか。

(ある・ない)

13. 今までに下記の病気で、治療を受けられたことがありますか。 (ある・ない)

高血圧  心臓病  糖尿病  腎臓病  喘息  ペースメーカー

人工関節 (膝・股・肩)  その他 ( )

14. 現在使用している薬がありますか。 (ある・ない)

ある方は薬名を記入してください。

---

15. 薬の副作用やアレルギー (食べ物・注射・消毒) また、治療中に特別な反応が起こったことがありますか。

(ある・ない)

ある方はどのような反応が起こったか記入してください

---

16. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠されていますか？

(はい・いいえ)

17. 現在、介護認定を受けていますか？

(はい・いいえ)

はいの方は、該当するものに○をつけてください。 要支援/要介護 (1・2・3・4)

※ お薬手帳・薬剤情報・紹介状などがございましたら、受付までお預け下さい。

※ お仕事中的ケガ・交通事故の方はお申し出ください。原則保険証は使用できません。

●スタッフ記入欄●

体温 ( ) 度 体重 ( ) Kg 身長 ( ) cm 血圧 ( / ) mmHg

整形疾患 ・ リウマチ ・ その他 ( )