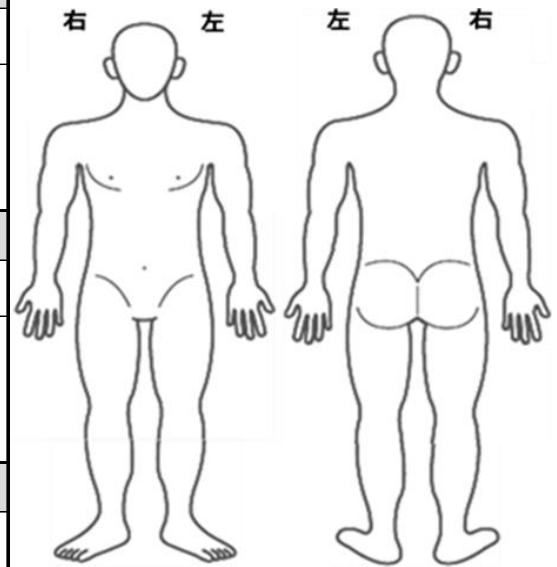


※ 診療は予約の方が優先です。また、初診の方は、お呼びするまでにお時間をいただく場合がございます。
 紹介状・CD-R(画像)・お薬手帳をお持ちでしたら、受付へご提示ください。

フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
お名前	男 女		平成・令和	(年齢)		
住所	〒 - 都・道 府・県					
電話番号(携帯)		電話番号(固定)				
学校名/ご職業		スポーツ(ポジション)				

1. 本日は、どのような症状で来院されましたか？(症状の強い順に、人体図も一緒に記入ください。)

症状	
(どこが)	痛み 腫れ しびれ 赤み 熱を持っている
(いつから)	(原因・きっかけ)
症状	
(どこが)	痛み 腫れ しびれ 赤み 熱を持っている
(いつから)	(原因・きっかけ)
症状	
(どこが)	痛み 腫れ しびれ 赤み 熱を持っている
(いつから)	(原因・きっかけ)



身長: _____ cm / 体重: _____ kg

2. 過去に上記症状で、治療を受けたことはありますか？

通院していない / 病院(整骨院): _____ 診断名: _____ 治療方法: _____

3. 現在、治療中の病気・過去に手術をされたことはありますか？

特になし / 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 緑内障 前立腺肥大
 喘息 リウマチ 痛風 その他・手術歴 (_____)

4. 服用中のお薬はありますか？

※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。

特になし /

5. お薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

特になし /

6. 【女性の方へ】 現在、妊娠している可能性はありますか？ また、現在 授乳中ですか？

妊娠の可能性: ない・ある / 授乳中: はい・いいえ

【50歳以上の方へ】 過去に骨粗鬆症(こつそしょうしょう)検査を受けたことはありますか？

ない(検査を希望する・希望しない)・ある(いつ頃: _____ /検査方法: X線・採血・超音波・不明)