

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大昭平令	年 月 日	年齢
氏名							歳
住所 (ご自宅)	(〒 -)						
電話番号	ご自宅: ()	携帯: ()	ご職業				

1.どのような症状ですか?

- 痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど

2.いつ頃から症状が出てきていますか?(具体的に)

年 月 日 または()くらい前から

3.症状が出たきっかけは何ですか?

- 転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中(具体的に) 切った(何で)
はさんだ 交通事故 仕事中 原因不明 その他()

4.今回の症状でほかの医療機関を受診・治療していますか?

- いいえ はい(医療機関名) ※診察を希望する部位に○で印をつけて下さい。

5.現在治療中の病気はありますか?

- いいえ はい()

6.今までに手術を受けたことがありますか?

- いいえ はい()

7.アレルギーはありますか?

- いいえ はい(麻酔・湿布かぶれ・花粉症等)

8.現在お薬を飲んでいますか?

- いいえ はい()

※お薬手帳をお持ちの方はご提出下さい。

9.現在妊娠されていますか?

- いいえ はい(月)

10.ペースメーカー・体内金属・インプラントはありますか?

- いいえ はい()

