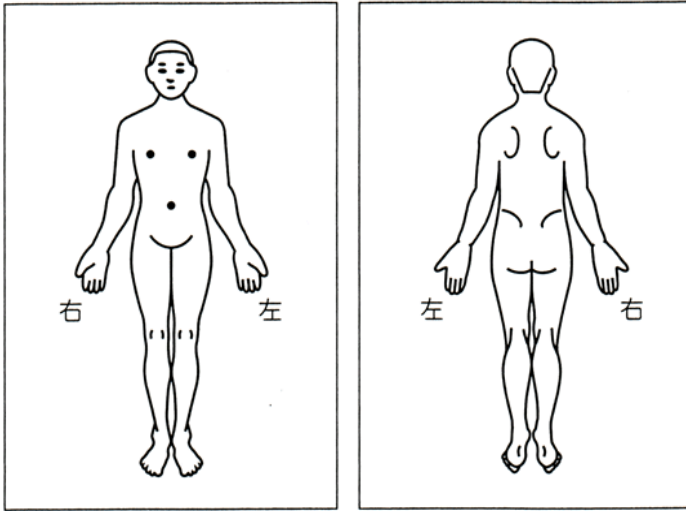


初めて診察を受けられる患者さまに 治療上の参考にいたしますので、お手数ですがご協力下さい。

ふりがな		年齢	満 () 歳
おなまえ		性別	男性 ・ 女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
おところ	〒 -		
電話番号	() -	緊急連絡先(家族様)	() - ()様方

●以下に該当する方は☑をつけて下さい。 交通事故 労災

●どのような症状でしょうか？下の人体図に○印などでご記入下さい。



- けがをした いたい
しびれる はれている
その他（下に具体的に記入下さい）
 (_____)

●いつ頃からでしょうか？

月 日から

約 前から

●それには思い当たる原因はございますか？

ない・わからない

ある（例 仕事中荷物を持った瞬間痛みが走った）

(_____)

●同様の症状で今までに治療を受けられましたか？（接骨院・鍼灸院での治療も含む）

いいえ はい (_____) (病院・医院・接骨院)

●現在治療中又は過去に治療を受けた病気は他にございますか？

ない ある 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病

高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 慢性関節リウマチ

その他 (_____)

●体内金属・ペースメーカー・いれずみなどはありますか？

いいえ はい (箇所： _____)

●ご家族にリウマチの方はおられますか？

いいえ はい

●現在なにかお薬を飲まれていますか？

いいえ はい (_____)

●今までに手術や大きな病気のご経験はございますか？

いいえ はい (病名： _____) (_____ 歳頃)

●過去に、お薬や歯科の麻酔薬、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはございますか？

ない ある (アレルギーの原因と思われるもの _____)

●女性の方におうかがいたします。

■妊娠について ない 妊娠している (_____ 週)

妊娠している可能性がある (最終生理開始日 _____ 月 _____ 日頃)

■現在母乳で授乳中ですか？ いいえ はい

●明細書は必要ですか？ いいえ はい

当院を訪れたきっかけは何ですか？ 1 コミ 2 通りすがり 3 HP等広告