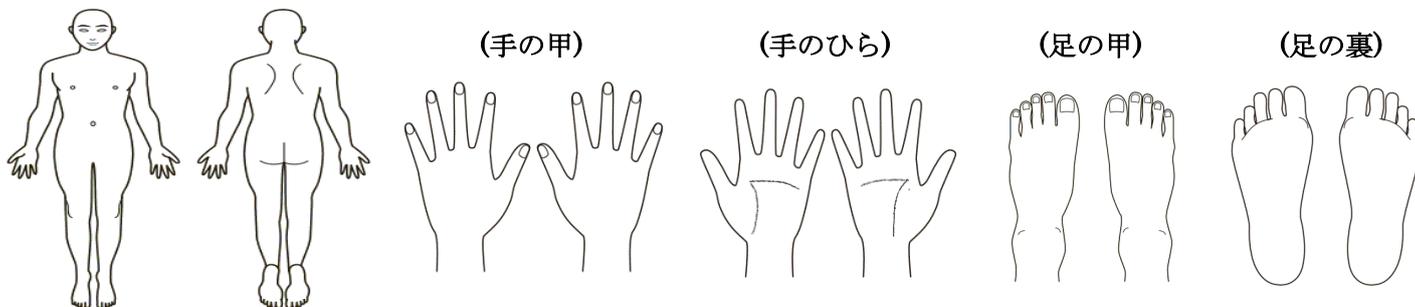


フリガナ _____	年齢 _____ 才	飲酒 (あり・なし)
氏名 _____	殿 (男・女)	喫煙 (あり・なし)
生年月日 (大・昭・平成・令和) _____	年 月 日	職業 _____
郵便番号 〒 _____	住所 _____	
電話番号 () _____	携帯 () _____	

1. 本日はどの部位の診察を希望されますか？○で囲んでください

・身長 _____ cm / 体重 _____ kg



2. どんな症状ですか？○で囲んでください

・痛い / 痺れる / こわばる / 曲がらない / 伸びない / 変形している / 赤い / 熱っぽい / しこりがある / 歩行困難 / ・その他 (_____)

その症状はいつ頃からありますか？

・() 月 () 日から ・() 週間前から ・() ヶ月前から ・() 年前から

3. 症状が出始めた原因や、現在までの状態を自由にお書きください

- ・仕事での事故 (**労災保険** : 使用する / 使用しない / 現在未定)
 ・交通事故 (**自賠責保険** : 使用する / 使用しない / 保険会社へ問合せ中)
 ・学校のスポーツ保険の使用 (あり / なし)

4. 今回の症状ですでに治療を受けた事がありますか？ (あり / なし)

・医療機関: _____ ・診断名: _____ ・治療内容: _____

5. 現在、治療中または今までにかかった大きな病気、ケガをお書き下さい

- ・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・そのほか (_____)
 ・現在飲んでいる薬、サプリメント (_____)
 ・具合が悪くなった薬、アレルギー (_____)

6. 現在続けている運動やスポーツについて(複数の場合も)

・一日 _____ 時間 / 分 ・週 _____ 回 (具体的な内容 _____)

7. 介護保険について ・**要介護認定**を(受けている / 受けていない) ・**デイケアでのリハビリ** (あり / なし)

8. [女性のみ] 現在、妊娠している可能性がありますか？ ・あり (妊娠 週) / なし

9. ペースメーカーや体内に金属がありますか？ ・あり (部位: _____) / なし

10. 希望する診療内容に全て○をして下さい

・診察 / 検査 / 投薬 / 物理療法 / リハビリ / 骨密度検査 / 鍼灸マッサージ / PRP療法 / その他 (_____)

11. 当院をどちらで知りましたか？

・ホームページ / 家族・知人の紹介 / 通りがかり / 他院からの紹介 / 看板・広告 / その他 (_____)