

フリガナ		男 ・ 女	住所：〒
氏名			
大・昭・平 年 月 日 (歳)			電話番号： ()
身長 () cm、体重 () kg			携帯、その他：

1、どこ具合が、どのように悪いですか。

症状のある個所に印をつけてください

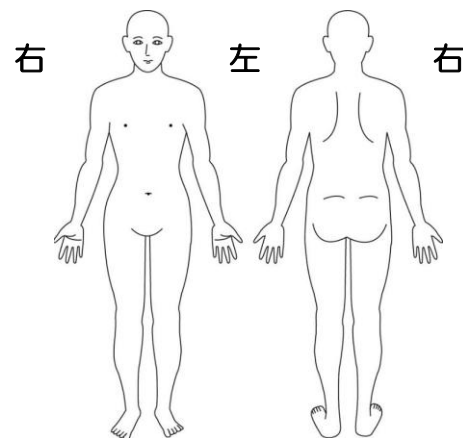
☐ 痛む (何もしなくても・動かすと・寝起き・寝ているとき)

☐ しびれる (常に・時々・歩くと・冷えると)

☐ 傷がある ☐ 動かしづらい

☐ はれている ☐ つっぱる ☐ しこりができている

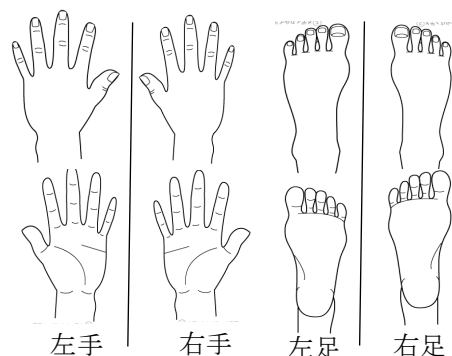
その他症状・



2、いつ頃からですか？

3、思い当たるきっかけはありましたか？

(けが、スポーツ、作業、使いすぎ、など)



4、このことで他の医療機関(接骨院等も)を受診していますか？

また、当院を受診した理由があれば教えてください：

☐ よくならないので、☐ 詳しい検査希望、☐ 転居、仕事の関係、☐ その他

5、現在治療中の病気はありますか？ 医療機関、薬などを教えてください。

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍 ☐ 心臓病(不整脈、狭心症、心筋梗塞) ☐ 悪性腫瘍(癌)

☐ 呼吸器(気管支炎、肺炎など) ☐ 腎臓病 ☐ 脳梗塞・出血 ☐ リウマチ・膠原病

その他

6、他、これまでに治療した病気(手術)はありますか？

また ☐ ペースメーカー、☐ 人工関節、☐ 骨折の固定金具、など体内医療器具はありますか。

7、薬のアレルギーはありますか【局所麻酔薬も含む】(ある・なし) くすり名など：

また湿布薬でかぶれが出たことがありますか？ (ある・なし)

8、女性の方で、☐ 妊娠中(可能性含む)(出産予定日)、☐ 授乳中 ですか？

9、他、診察でのご希望はございますか。

☐ 骨密度測定 ☐ MRI など詳しい検査 ☐ リハビリ ☐ 総合病院等へ紹介状を書いてほしい

☐ 鎮痛剤、湿布などの薬だけでよい ☐ 関節注射、腰などブロック注射