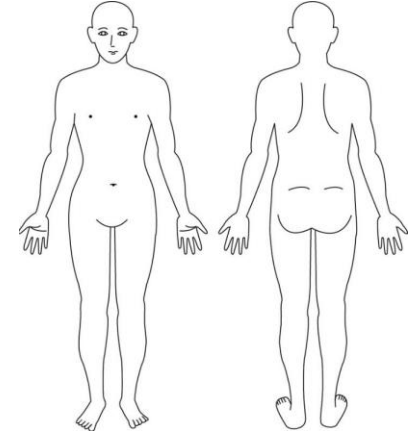


フリガナ		男 ・ 女	住所：〒
氏名			
大・昭・平	年 月 日 (歳)	電話番号： ()	
身長 () cm、体重 () kg		携帯、その他：	

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、けがをした 動かしぶらい
- はれている つっぱる しこりができている

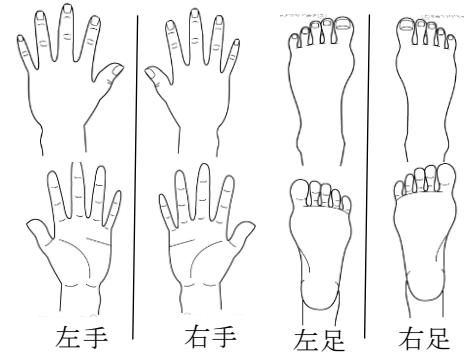
その他症状・・



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。何で、どのような反応がありましたか。(局所麻酔薬も含む)

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)・ 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